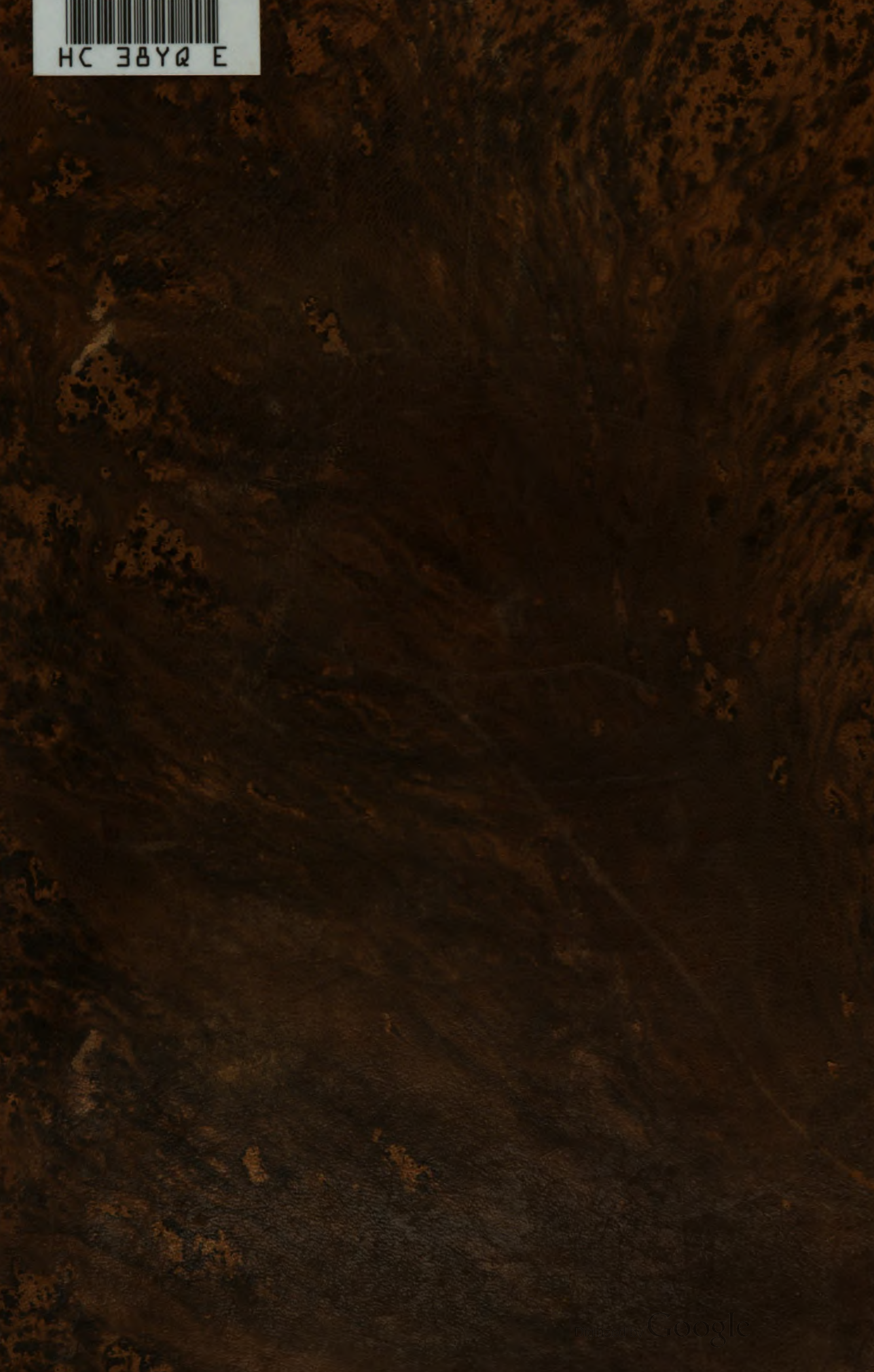
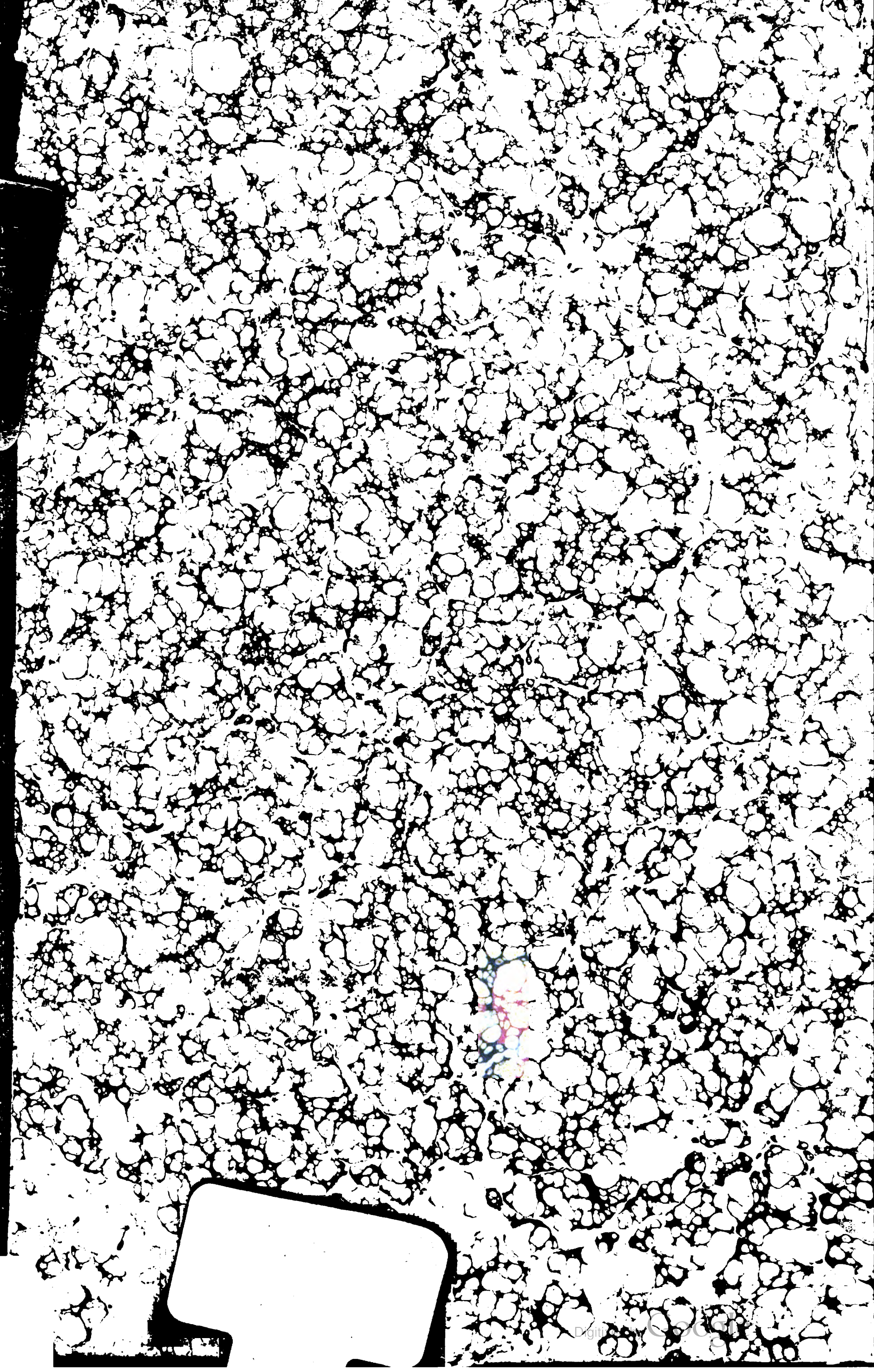
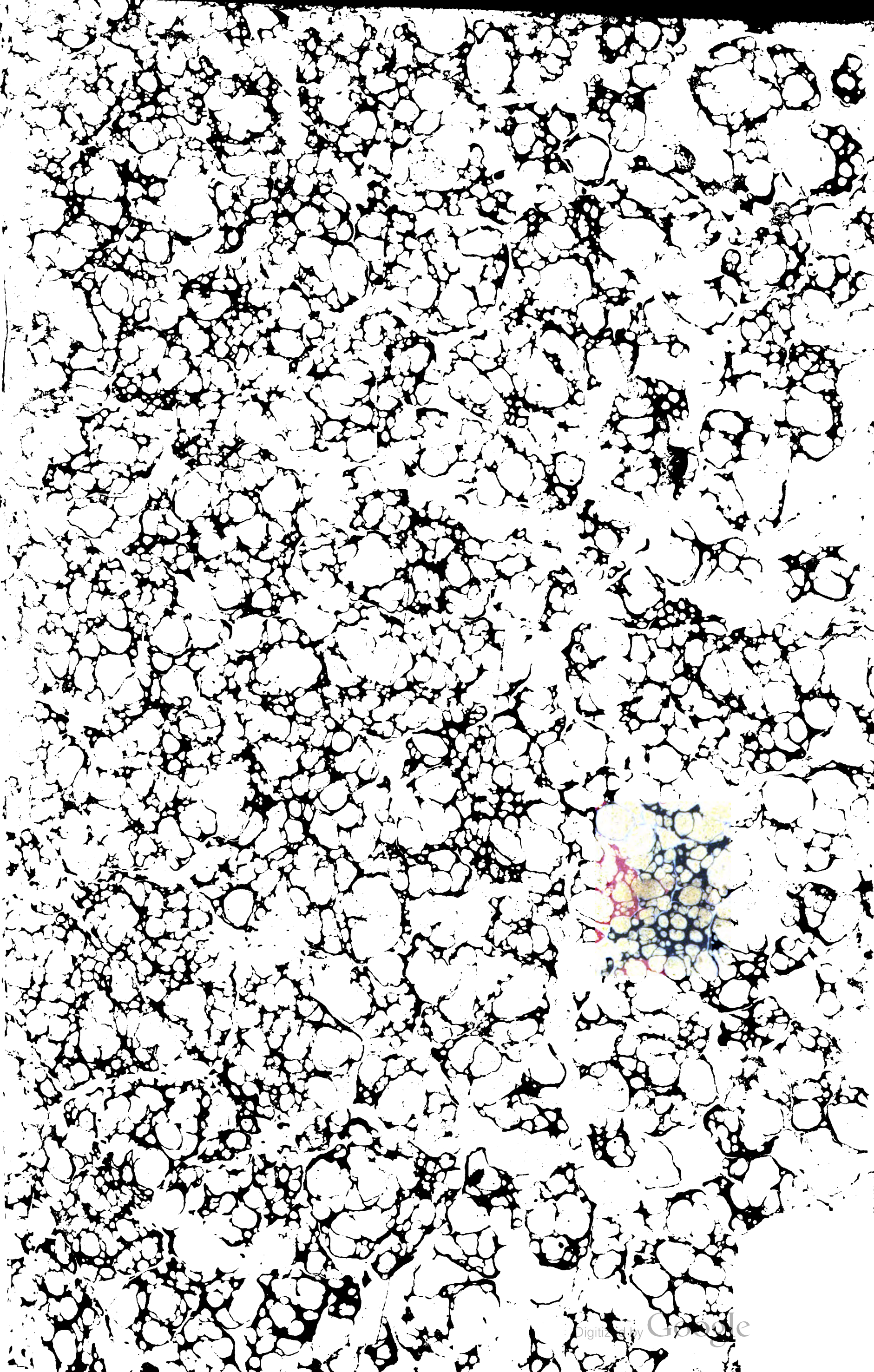
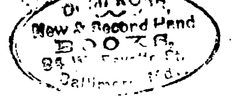

HC 38YQ E






New & Second Hand
BOOKS,

ENCICLOPEDIA

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA.

SERIE SEGUNDA.

GUIA
DEL MÉDICO PRACTICO,

O RESUMEN GENERAL

DE PATOLOGIA INTERNA

Y DE

TERAPÉUTICA APLICADAS,

POR

F. L. I. Valleix,

Médico del Hospital de Santa Margarita (antiguo anejo del Hospital general); Miembro titular de la Sociedad médica de Observacion, y de la Sociedad Anatómica; Individuo de la Sociedad médica de los Hospitales, etc., etc.

SEGUNDA EDICION,

REVISADA, CORREGIDA Y AUMENTADA.

TRADUCIDA

por los Sres. D. Francisco Alvarez Alcalá, D. José Rodrigo y D. Benito Amado Salazar,

Doctores en Medicina y Cirujía.

TOMO IX.

Madrid y Santiago:

LIBRERIAS DE D. ANGEL CALLEJA, EDITOR.

GRANADA: SRES. CALLEJA Y OJEA.

LIMA: SRES. CALLEJA, OJEA Y COMPAÑIA.

MADRID: 1852.

Imprenta de la Compañía de Impresores y Libreros del Reino,
A CARGO DE D. F. SANCHEZ.

GUIA

DEL MÉDICO PRÁCTICO.

CONTINUACION DEL LIBRO VIII.

ENFERMEDADES DE LA PIEL.

CAPITULO VIII.

AFECCIONES CUTANEAS DE DIVERSA NATURALEZA.

(Manchas, elefantiasis de los Arabes, pelagra y acrodinia.)

Hemos reunido en un mismo capítulo varias afecciones de muy distinta naturaleza, porque de no hacerlo asi, tendríamos que multiplicar demasiado las divisiones. Algunas de estas enfermedades ofrecen un verdadero interés, y entre ellas mencionaremos en particular la *pelagra*, que hasta estos últimos tiempos ha sido considerada como un mal sumamente raro en Francia, y hasta no se admitia su existencia en Paris, y que segun las investigaciones recientes, es por el contrario muy comun en al-

gunas de nuestras provincias (1) y se presenta á veces en la capital. Sin embargo, en general se puede decir que estas diversas afecciones solo ofrecen una importancia secundaria para la gran mayoría de los prácticos, razon por la cual, sin omitir ninguna de las partes interesantes de su historia, no nos estenderemos tanto en ellas como en las enfermedades que tenemos que tratar todos los dias.

ARTICULO I.

MANCHAS DE LA PIEL.

Bajo este título solo comprenderemos, con Cazenave y Schedel, las alteraciones de colorido dependientes de una alteracion del pigmento de la piel, y seguiremos en el estudio de estas afecciones la division que establecen estos autores, es decir que describiremos sucesivamente las *coloraciones* y las *descoloraciones*.

1.° COLORACIONES.

Las coloraciones de la piel, unas son generales y otras parciales: el *color bronceado* constituye solo la primera especie, y las coloraciones parciales son el *lentigo*, las *efélides* y los *lunares* (*nævi*).

a. Color bronceado. Es raro que aparezca espontáneamente y sin causa conocida, pues en la mayoría de los casos depende de la administracion del *nitrato de plata*, y entonces este color es mas oscuro. Ordinariamente se manifiesta bastante tiempo despues de haber empezado el uso de este medicamento. La piel presenta al principio un matiz azulado y despues ligeramente bronceado, que es perceptible especialmente cuando las partes estan espuestas al sol. Esta coloracion, aun cuando es general, es mas intensa en los puntos en que la piel es mas fina y se halla espuesta á la luz, como la cara y las manos. Poco á poco se va haciendo mas oscura y llega á ser casi ne-

(1) *Bulletin de l' Académie de médecine*, t. I, p. 440, t. II, p. 6, t. X, p. 788. LE MARCHANT, *Documents pour servir à l'étude de la pellagre des Landes*; Burdeos, 1847.

gra; las conjuntivas y la mucosa de los labios y de una parte de la boca presentan un color lívido. En la cara y bajo la influencia de las causas que produce la palidez, el color parece momentáneamente mas oscuro, y por el contrario lo es menos cuando el individuo no se pone rubicundo. Esta coloracion anormal no alcanza á los pelos.

Este color, que no va acompañado de ningun trastorno morboso, persiste las mas veces de un modo indefinido, y resiste á todos los esfuerzos de la terapéutica. Biett ha empleado en vano los baños escitantes, alcalinos y ferruginosos.

b. Lentigo. Es lo que se llama vulgarmente *pecas*, *efélide lentiforme* y el *pannus lenticularis* de Alibert. El lentigo consiste en manchitas, por lo general de color amarillo leonado, que nunca esceden del ancho de una lenteja, y que por lo comun son aun mas pequeñas. Se las observa en las manos, en el cuello y sobre todo en la cara de los individuos jóvenes, rubios, de piel blanca y fina, y en los que se esponen á los rayos del sol: es mas comun en los paises cálidos y en los individuos de temperamento linfático; persiste las mas veces de un modo indefinido, y no exige ningun tratamiento.

c. Efélides. Se las ha llamado tambien *manchas hepáticas*, y Alibert las denomina *pannus hepaticus*. Consisten en manchas irregulares, mucho mas estensas que las del lentigo, de color amarillo azafranado, acompañadas las mas veces de prurito, y que ocasionan en algunos casos una esfoliacion ligera.

Se observan especialmente en las mugeres, y en particular en las rubias y de piel fina; pueden depender de la insolacion y de los escesos en el régimen, ó coincidir con trastornos menstruales. Estas son las efélides que constituyen lo que se llama *paño* en las embarazadas. Estas manchas se presentan por lo comun en el cuello, en el pecho y en los miembros.

Su figura es irregular, y dejan entre sí espacios en los cuales conserva la piel su color normal; á veces se reunen para constituir placas de una estension considerable; no son prominentes, y producen á veces un prurito incómodo. Por lo comun solo tienen una duracion pasajera, pero en algunos casos persisten por mucho tiempo.

El tratamiento de las efélides, que consiste en *lociones astringentes*, *linimentos detersivos* y *aplicaciones resolutivas*, es

inútil ó quizá perjudicial. Asi pues debemos limitarnos á dar al interior las aguas sulfurosas de Enghien ó de Cauterets, un baño sulfuroso dos ó tres veces á la semana, y á veces un ligero laxante, á cuyos medios suelen ceder por lo comun.

d. Lunares. Asi se llaman todas esas manchas congénitas que vulgarmente se atribuyen á impresiones que recibe la madre durante la preñez y que se trasmiten al feto, y que han sido designadas con los nombres de *spili*, de *nævi* propiamente dichos, y de *lunares* ó *señales*. Sus causas son enteramente desconocidas.

Los lunares, que son tan solo una alteracion del pigmento (*spili*), no causan dolor ni prurito; presentan una multitud de figuras y matices, y varían singularmente en estension. Por lo comun aparecen en la cara, y á veces estan cubiertos de pelos duros y cortos. No exigen ningun tratamiento.

Ciertos lunares se hallan bajo la dependencia del sistema vascular, muchos corresponden á lo que Dupuytren llamaba *túmores eréctiles*, y son del dominio de la cirujía, y los otros constituyen manchas rojas ó violadas (*manchas de vino*). Ni unos ni otros merecen que nos detengamos en ellos por mucho tiempo, y asi nos limitaremos á citar un procedimiento sumamente ingenioso que el doctor Fayolle, de Gueret, ha inventado para destruirlos.

«El aparato instrumental, dice el doctor Fayolle, se compone de alfiléres de acero bien hechos, de diversas longitudes y gruesos, de cordonetes de tres hilos encerados, y finalmente, de tenacillas para cortar los alfileres.»

Este autor practica la operacion en tres tiempos, que describe en los términos siguientes:

«*Tiempo primero.* Reconocido el grueso que tiene el lunar, se atraviesa la piel con un alfiler á línea y media mas allá de la mancha, y por consiguiente en los tejidos sanos. A este sigue otro segundo que es tangente á la circunferencia del tumor, y el tercero se coloca paralelo á los dos anteriores, á línea y media del segundo y á cierta distancia (otra línea y media) del borde de la mancha; este alfiler debe pasar por debajo del grueso presunto del tumor, y salir por el otro lado de este atravesando igualmente los tejidos sanos. Se van asi colocando sucesivamente varios alfileres paralelos y separados por intervalos iguales, debiendo hallarse comprendidos todos, por su reunion,

en un mismo plano subyacente á la cara profunda de la produccion accidental.

»*Tiempo segundo*. Se pasa una asa de hilo por debajo de las estremidades del primer alfiler, se traen los dos cabos hácia dentro, se cruzan y en seguida se pasan por debajo de los dos estremos salientes del segundo alfiler, de este al tercero, luego al cuarto y asi sucesivamente hasta el último. Entonces se vuelve á empezar en sentido inverso hasta que quede cubierta por los hilos toda la superficie comprendida entre los puntos de inmergencia y emergencia de los alfileres, de modo que viene á ser una verdadera sutura ensortijada. Se aprietan los hilos lenta y progresivamente, y asi la superficie de la mancha, que al principio era plana, se convierte por la aproximacion de sus bordes en un rodete prominente, prolongado y perpendicular á la direccion de los alfileres.

»*Tiempo tercero*. Se anuda la última asa de hilo y se cortan por medio de las tenacillas las porciones que sobresalen de los alfileres lo mas cerca posible del hilo enrollado.

»De este modo se coloca una série de alfileres en toda la estension del tumor, siempre que las dimensiones de este no escedan de 4 centímetros cuadrados (20 líneas); si por el contrario fuese mayor su superficie, se practica la operacion en varias sesiones, es decir, en tantas como veces tenga la mancha los 4 centímetros cuadrados.

»En el momento que se aprietan los hilos desaparece la coloracion; al poco tiempo se aplasta el tumor, y si se sacan los alfileres al cabo de cuatro dias, queda en el punto que ocupaba el rodete una ligera coloracion blanco azulada, y la piel parece rasgada: si se los deja aplicados seis á siete dias se desprende el resto del tumor y queda en su lugar una cicatriz lineal; entonces es cuando se debe atacar la parte adyacente en los casos en que el lunar es de gran dimension.»

e. ***Lunares prominentes* ó *señales*.** En cuanto á los lunares que consisten en manchitas ligeramente prominentes, que rara vez esceden del ancho de una lenteja, y en los que se implantan por lo comun uno ó mas pelos, ofrecen poquísimo interés y no reclaman ningun tratamiento.

2.° DESCOLORACIONES.

a. Albinismo. Se ha reservado este nombre para la *descoloracion general y congénita* de la piel, y los individuos que la presentan forman bajo el nombre de *albinos* una raza aparte, cuya descripcion seria ahora inoportuna.

b. Vitíligo. Consiste en una *descoloracion parcial* de la piel siempre *accidental* en los blancos, y que se presenta congénita en los negros y da un aspecto particular á su piel, por lo que ha hecho que se les dé el nombre de *negros píos*.

El vitíligo, que puede desarrollarse en todas las partes del cuerpo, se halla principalmente, en el hombre, en el escroto, y aparece bajo la forma de manchas de color blanco lechoso, irregulares y semejantes á veces á estrías longitudinales: en otros casos son placas de una estension variable y que no producen calor ni prurito. Esta afeccion, que es sumamente ligera, no exige ningun tratamiento. El *vitíligo del cuero cabelludo* no es mas, segun Cazenave (1), que el pórrigo *decalvans* de los autores.

ARTICULO II.

ELEFANTIASIS DE LOS ÁRABES.

Esta afeccion es poco comun en nuestros climas, y apenas se presenta en ellos sino en el estado crónico, es decir, en un estado que no deja ninguna esperanza de curacion; así pues tenemos que recurrir principalmente para trazar su historia á los autores que la han estudiado en los paises cálidos.

Los Arabes, y en particular Rhasis, han sido los primeros que han descrito esta elefantiasis, razon por la cual se le ha dado el nombre de *elefantiasis de los Arabes*. En Alemania ha sido descrita por Sennert y Hoffmann. Los médicos ingleses, entre los cuales debemos citar á Ric. Towne (2), Hillary (3) y

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu.* Paris, 1850, p. 279.
(2) *A treatise of diseases mort frequent in the West-India,* etc., Londres, 1726.
(3) *Observ. on the changes of the air in Barbadoes,* etc.; Londres, 1757.

Hendy (1) han hecho una historià mucho mas completa de esta enfermedad, de la cual Larrey nos ha dado á conocer algunos casos sumamente interesantes, y que por último Alard (3) la ha estudiado con mucho mas cuidado que lo habia sido hasta este autor.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

»Esta afeccion consiste, dice Cazenave (4), en una tumefaccion de la piel, del tejido celular y del tejido adiposo subyacente, mas ó menos considerable, dura y permanente, producida poco á poco por inflamaciones sucesivas del dermis y de los vasos y ganglios linfáticos, acompañada de una deformidad de las partes en que residen, deformidad tan considerable á veces, que justifica perfectamente el nombre que se le ha dado.»

Esta enfermedad ha recibido las denominaciones de *fiebre erisipelatosa*, *enfermedad glandular de las Barbadas*, pierna *de las Barbadas*, *pedartrocace* (Kempfer), *hernia carnosa* (Próspero Alpino), *sarcocele* (Larrey), *lepra tuberculosa elefantina* (Alibert), etc. La mayor parte de estos nombres solo se refieren á ciertas especies. Esta elefantiasis es bastante frecuente en Africa y Asia, y especialmente en la isla de las Barbadas, donde muchos observadores la han estudiado con detencion.

§. II.

CAUSAS.

Es raro observar la elefantiasis de los Arabes en los niños, y asi ha sido un error el que se ha cometido en cierta época el referir á esta enfermedad la *induracion de los recien nacidos*. Basta recordar la descripcion que hemos hecho de esta última afeccion (véase el artículo *Edema de los recien nacidos*)

(1) *Treat. of the glandular dis. of Barbadoes;* Londres, 1784.
(2) *Relat. chir. de l' expédit. d' Egypte;* Paris, 1803.
(3) *De l' infl. des vaiss. absorbans, limphatiques, dermoïdes et sousculanés;* Paris, 1824.
(4) *Dict. de méd.*, art. ELEPHANTIASIS DES ARABES.

para convencerse de que nada tiene de comun con la de que ahora nos estamos ocupando. No se ha observado que la elefantiasis de los Arabes atacase mas á un *sexo* que al otro. Se la atribuye, dice Cazenave, á la impresion de los vientos que en estos climas abrasadores suelen levantarse con el sol, y hacen un contraste con la temperatura del dia que ejerce una gran influencia en la salud de los habitantes de estas comarcas. Es rara en Europa.

A esto se reducen los datos poco numerosos que poseemos acerca de la etiologia de esta grave afeccion.

§. III.

ASIENTO.

El asiento de predileccion de la enfermedad son por lo comun las estremidades inferiores, invadiendo tambien con frecuencia el escroto, que llega á adquirir con este motivo una tumefaccion ordinariamente enorme, á la cual ha dado Larrey el nombre impropio de *sarcocele*. Se hallan tambien las alteraciones que constituyen esta elefantiasis en la cara, en el cuello, en el pene, en los brazos, y en una palabra, no hay ninguna parte del cuerpo que esté completamente exenta de padecerla. Por lo comun no ocupa mas que un solo lado, pero se han citado casos en contrario, como por ejemplo, de haber sido invadidas las dos estremidades inferiores á la vez, ó una despues de otra.

§. IV.

SÍNTOMAS.

Habiendo espuesto perfectamente el doctor Rayer el resúmen de los síntomas de esta afeccion, que coloca entre las intumescencias, nos parece lo mas oportuno copiar de este autor el párrafo siguiente sin cambiarle en nada.

«En un número bastante considerable de casos, dice, esta intumescencia de las estremedidades inferiores en su forma aguda se anuncia por un dolor mas ó menos vivo en la ingle y en la corva, siguiendo la direccion de la safena y de los

troncos principales de vasos linfáticos, y por la aparicion de una *raya roja* y de un cordon duro, nudoso y tenso, que se asemeja á un rosario de tumorcitos subcutáneos estendidos desde el pliegue de la ingle hasta la rodilla ó el maleolo (Hendy), ó desde el maleolo hácia la ingle, ó bien por un ataque de erisipela. En casi todos los casos toma la piel un *color eritematoso*, y el tejido celular subcutáneo presenta una tumefaccion considerable. Las articulaciones inmediatas estan rígidas y contraidas, y por lo comun hay desde el principio escalofríos prolongados, sed muy intensa, malestar, ansiedad, esfuerzos violentos para vomitar, vómitos, á veces delirio, y despues calor intenso acompañado de contracciones mas frecuentes del corazon y seguidas de sudores generales ó parciales, y de la desaparicion de los síntomas febriles. Durante uno ó mas meses vuelven á aparecer estos fenómenos á intervalos mas ó menos distantes que pueden variar en número desde tres (Hendy) á catorce por año, ó repetirse únicamente despues de siete años (Hendy). Estos accesos, cuyo número y duracion no pueden preveerse ni calcularse, van seguidos de un *aumento progresivo del volúmen de los miembros*, que en sus principios parece que depende en gran parte del depósito de cierta cantidad de serosidad ó de linfa plástica en el tejido celular, pero mas tarde la estremidad se pone dura y ya no conserva la impresion del dedo. Los ganglios linfáticos de la ingle y de la corva, que por lo comun se hacen mas voluminosos, estan á veces sanos é indolentes. En este segundo período esta enfermedad no produce mas trastorno que el que causa inevitablemente la deformidad del miembro, que puede adquirir formas tan raras y dimensiones tan desproporcionadas con las de las demás partes, que es imposible formarse idea de esta afeccion sin haber visto ejemplos, ó á lo menos sin haber consultado las láminas que se han publicado. En efecto, unas veces el tumor está lleno y liso como un saco bien lleno ó como un pellejo, y otras se forma de modo que parece que cada acceso ha dejado su tumor particular. Despues de los primeros ataques la piel queda estraordinariamente lisa y sin cambio de color, pero á veces serpean por debajo de ella algunos vasos que le dan un color mas oscuro, poco á poco se va poniendo áspera, sobre todo en las inmediaciones de la articulacion del pie, y se

cubre de mamelones y venillas, y la epidermis se va haciendo mas gruesa, como en la ictiosis. Finalmente, se forman grietas y rajas en el miembro, que llega á adquirir una deformidad estraordinaria, y en algunos enfermos se han observado inflamaciones crónicas muy rebeldes en las articulaciones de la rodilla.

Tales son los fenómenos que caracterizan ordinariamente la elefantiasis de los Arabes, y de ello resulta que por lo comun la tumefaccion es una consecuencia de la inflamacion aguda de los vasos linfáticos ó de las venas de las partes afectadas, repetida con mas ó menos frecuencia. Hay sin embargo casos en que no se manifiesta esta inflamacion de un modo evidente, pero entonces hubo anteriormente ataques repetidos de *erisipelá*, de *eczema rubrum*, de *lichen agrius*, ó bien existe una *úlcera* antigua y rebelde que ha dado orígen á la enfermedad.

§. V.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

De la descripcion anterior resulta que el *curso* de la enfermedad es en un principio agudo é irregularmente intermitente, y que mas tarde toma un carácter esencialmente crónico; asi la elefantiasis de los Arabes tiene siempre una *duracion* considerable. En algunos casos se traslada de una region á otra, pero es mucho mas comun que persista en las partes que ha invadido primitivamente, al mismo tiempo que ataca otras nuevas. A veces se obtiene la *terminacion* por la curacion á beneficio del tratamiento cuando se ha atacado la enfermedad desde su principio, y aun se ha observado tambien esta terminacion de un modo espontáneo, de lo cual cita Rayer un ejemplo muy curioso tomado de Hendy; pero estos casos son escepcionales, y casi siempre continúa la afeccion haciendo progresos ó permanece estacionaria.

§. VI.

LESIONES ANATÓMICAS.

Las lesiones anatómicas han sido estudiadas con sumo cuidado por varios autores, y en particular por Rayer, que nos ha

proporcionado detalles muy interesantes acerca de este punto; pero nosotros debemos limitarnos á hacer de ellos una corta indicacion.

Asi, pues, indicaremos la hipertrofia por lo comun muy considerable del dermis, el ensanchamiento de sus papilas, el aumento de volúmen de los folículos, la induracion, la infiltracion y el engrosamiento del tejido celular subcutáneo, el desarrollo de los vasos y sobre todo de los ganglios linfáticos, la obliteracion y la obstruccion de las venas y de las arteriolas, la hipertrofia de los nervios, que dista mucho de ser constante, y el reblandecimiento, el adelgazamiento, ó por el contrario el engrosamiento de los músculos que pueden hallarse convertidos en grasa.

En un caso que refiere Southam (1), el tejido celular subcutáneo estaba infiltrado de una materia lardácea, densa y blanquecina, mezclada con la grasa. Los principales troncos venosos se hallaban dilatados, su membrana esterna engrosada, y las internas y medias convertidas en una especie de tejido fibroso, y muchas venas de segundo y tercer órden estaban obliteradas. La enfermedad contaba veinte años de duracion.

Tales son las lesiones propias de la elefantiasis de los Arabes; en cuanto á las alteraciones de las vísceras que algunos autores han indicado, resulta de las mejores observaciones que no existe una relacion directa entre ellas y la enfermedad que nos ocupa.

§. VII.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Cuando la elefantiasis de los Arabes ha adquirido un gran desarrollo, cuando ya ha pasado al estado crónico, no presenta su diagnóstico una verdadera dificultad: no nos detendremos por consiguiente en distinguirla de la *anasarca*, ni de la *elefantiasis de los Griegos*, porque basta pasar la vista por la descripcion que precede para conocer cuánto difiere de estas dos dolencias.

Por el contrario, en el principio de esta afeccion, es por lo

(1) *Observation d' elephantiasis du membre inferieur droit datant de vingt ans* (*London medical quirurgical Transactions*, 2.ª série, t. XIII, 1847).

comun muy dificil su diagnóstico, sobre todo cuando se desarrolla en climas en que no es habitual. En efecto, ya hemos dicho antes de ahora que la elefantiasis de los Arabes suele empezar por inflamaciones sucesivas, bien de los vasos linfáticos ó bien de las venas, que ocasionan la tumefaccion de las partes, la rubicundez de la piel, etc., signos que como ya sabemos son comunes á varias afecciones. ¿Cómo conocer en este período que la enfermedad no es una *linfangitis* ó una *flebitis* ordinaria? Es muy dificil. En tales casos son de un gran recurso las circunstancias en que se encuentra el enfermo. Si estos ataques se multiplican, y si despues de cada uno de ellos queda una alteracion de la piel y de los tejidos subyacentes, se hace por el contrario el diagnóstico sumamente fácil. La *flegmasia blanca dolorosa* que, como ya hemos dicho, es el resultado de la obliteracion de las venas, debe necesariamente parecerse por algunos caracteres á la elefantiasis de los Arabes; pero basta considerar que este edema doloroso adquiere desde luego una gran intensidad y ocupa grande estension, para convencerse de que no es posible que un observador atento las confunda, razon por la cual no insistimos mas en este diagnóstico.

Pronóstico. Ya hemos dicho que la elefantiasis de los Arabes es por lo comun una afeccion muy rebelde, y es además grave por los achaques que ocasiona.

§. VIII.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de esta enfermedad no exige grandes detalles, y habiéndole resumido perfectamente Rayer en su obra (1), de ella tomaremos casi todo lo que nos proponemos decir.

«Los síntomas inflamatorios, dice Rayer, que se observan en el primer período de la elefantiasis de los Arabes, deben combatirse con las *aplicaciones emolientes*, los *baños tibios* y las *emisiones sanguíneas*, pues los temores que se han suscitado contra la sangría son exagerados, y yo la he usado con éxito en los accesos cuya duracion é intensidad ha abreviado. En el pe-

(1) *Traité des maladies de la peau;* Paris, 1835, t. II, p. 827.

ríodo crónico la sangría ha producido un alivio cuando menos momentáneo en el caso en que los enfermos se quejaban de tension dolorosa en los miembros afectados. Tambien he obtenido felices resultados de las sangrías locales hechas en el pliegue de la íngle, en la corva, en las axilas, etc. Se debe colocar la parte afectada en una posicion que facilite la vuelta de la sangre hácia el corazon, y cubrirla de cataplasmas emolientes ó envolverla en bayetas empapadas en *cocimientos atemperantes y narcóticos*. Si se ha desarrollado la tumefaccion en uno de los miembros abdominales, *el enfermo* debe *guardar cama durante algunas semanas*.

»Se han administrado en este período los *eméticos* y los *purgantes* con muy diversos resultados; pero yo los uso raras veces.

»Se han elogiado mucho los efectos antiespasmódicos del *óxido de zinc sublimado* á la dosis de 8 granos al dia, y Hendy asegura que este remedio calma los vómitos y las ansiedades que esperimentan los enfermos en las exacerbaciones periódicas de la elefantiasis. Habiendo llamado la atencion á varios médicos de las Barbadas la frecuencia de los vómitos durante los accesos, han creido necesario favorecerlos y hasta provocarlos, y el doctor Hendy se ha declarado en contra de esta práctica.

»La preñez en las mugeres es una circunstancia muy desfavorable. Una jóven de las inmediaciones del Havre, que se habia casado contra mi opinion, se hizo tres veces embarazada y á consecuencia de cada preñez se ha puesto enormemente tumefacto el miembro abdominal derecho en que padecia la elefantiasis.

»Se ha logrado curar un número bastante considerable de enfermos á beneficio de la *compresion* sola ó combinada con otros medios. Este método ha obtenido un éxito completamente favorable en manos de Bayle y de Alard en uno de sus enfermos que padecia la elefantiasis hacia doce años.....

»He obtenido por este medio curaciones inesperadas, y es particularmente aplicable á los casos de elefantiasis de los miembros que consiste en una hipertrofia del tejido celular sin infiltracion de serosidad.....

»Basta la compresion sola en el mayor número de casos, y asi en la actualidad creo será bastante raro el hacer las *escarificaciones*. Cuando se crea oportuno practicarlas, se deben hacer á bastante distancia unas de otras, á fin de que no se re-

unan los círculos inflamatorios que pueden formarse al rededor de ellas. Por lo comun es poco considerable la inflamacion que producen veinte ó treinta escarificaciones de media á una pulgada hechas en un miembro; pero si llegase á adquirir cierta intensidad, se la debe combatir con las sangrías generales y locales y con las aplicaciones emolientes y narcóticas frescas. Antes de hacer nuevas escarificaciones se debe esperar á que las primeras se cicatricen.

»Muchos médicos han recomendado la aplicacion de *vejigatorios* y *cauterios* á las partes acometidas de elefantiasis, esperando que la salida de cierta cantidad de serosidad contribuiria á disminuir el volúmen de los órganos enfermos. He cubierto de vejigatorios ambulantes los miembros que padecian esta afeccion, y no he obtenido ninguna ventaja con estas tentativas.

»Los ensayos hechos con las *preparaciones arsenicales* no deben repetirse.

»Los enfermos que han padecido elefantiasis en los miembros abdominales deben sujetarse á gastar, despues de su curacion, un *botin atacado* ó un *vendage compresivo*, sobre todo cuando existan varias venas varicosas.»

A estos medios se debe añadir el uso de las *fricciones resolutivas* y de los *chorros de vapor*, recomendados por Cazenave. cuyos medios deben unirse á la compresion. En cuanto al uso interior del *estracto de acónito*, ha sido administrado por Biett; pero como lo hace notar Cazenave, no conocemos ningun hecho que pruebe perfectamente su eficacia.

Apenas nos parece necesario mencionar la *amputacion de las partes afectadas*, pues habiéndose practicado esta operacion perdida ya toda la esperanza, se ha visto que se reproducia la enfermedad, y desde entonces todo el mundo ha debido renunciar á este medio.

ARTICULO III.

PELAGRA.

Ya hemos indicado cuán nuevo interés ha adquirido para nosotros la pelagra en estos últimos años. Hacia ya un siglo que se observaba esta enfermedad en Italia y en España, cuando to-

davía no teniamos ningun conocimiento exacto de ella. En la obra de Ramazzini (1) se halla la primera indicacion de esta afeccion, bajo el nombre de *mal del padrone;* pero en realidad el honor de haberla distinguido y dado á conocer claramente debe concederse á Gaspar Casal, médico de Asturias, cuyas investigaciones han sido presentadas al mundo médico por Thiery (2). Más tarde Frapolli (3), en Italia, hizo un estudio especial de esta dolencia y fijó en ella la atencion de los médicos, y así es que desde este momento empezaron á aparecer numerosos escritos, entre los cuales debemos poner en primera línea el de Strambio (4). A pesar de estos trabajos, se puede decir que solo teniamos aun en Francia ideas bastante vagas acerca de la pelagra, cuando han visto la luz pública las observaciones interesantes de Brierre de Boismont (5), seguidas muy pronto de las de T. Roussel (6), que habiendo descubierto un caso de pelagra en el hospital de san Luis, publicó su existencia, y desde aquel momento estudió con ardor esta enfermedad. Se han recogido nuevos datos en las provincias meridionales de Francia, y se ha sabido que era conocida en ellas esta enfermedad desde hace muchos años; finalmente, el doctor Baillarger (7) nos ha dado á conocer sus investigaciones, y se han hallado y estudiado en los hospitales de Paris otros casos semejantes al de T. Roussel. En vista, pues, de estos diversos documentos es como vamos á estudiar la pelagra.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Es dificil dar una buena difinicion de la pelagra que no sea susceptible de objeciones, puesto que todavía no se hallan bas-

(1) *Maladies des artisans,* trad. par Fourcroy; Paris, 1777.

(2) *Rec. périodiq. de méd. et de chir.*; Paris, 1755, t. II, p. 337.—*Observations de médecine faites en Espagne;* Paris, 1791, t. II, p. 109.

(3) *Animad. in morbo vulgo pellagr. med.*, 1771.

(4) *De pellagr. observ. med.*, 1790.

(5) *De la pellagre et de la folie pellagreuse;* Paris, 1834.

(6) *De la pellagre*; Paris, 1845, en 8.°—*Bulletin de l' Acad. de médecine,* t. XII, p. 929.

(7) *De la paralysie pelagreuse* (*Mém. de l' Acad. de méd.*; Paris, 1848, t. XIII, p. 708).

tante de acuerdo los autores acerca de los principales rasgos de la historia de esta enfermedad, y seria en vano buscar palabras que pudiesen satisfacer á todas las opiniones. Si hemos colocado la pelagra entre las enfermedades de la piel, ha sido mas bien por seguir el uso tanto tiempo hace adoptado, que porque creamos que la lesion cutánea es la principal en esta afeccion complexa: la describimos aqui, porque este es el lugar en que primeramente se la irá á buscar.

Resulta de lo que acabamos de decir que la pelagra solo puede definirse haciendo una corta descripcion de sus síntomas que tomaremos de la obra de Cazenave y Schedel (1), en la cual se ha descrito esta enfermedad con sumo cuidado y en vista de investigaciones multiplicadas y recientes. «Se designa con el nombre de *pelagra* una diátesis particular de la economía, cuyos caracteres patognomónicos son las lesiones funcionales variadas, tanto de las funciones digestivas como del eje cerebroespinal; y la descamacion y color de chocolate mas ó menos oscuro de la epidermis de las partes espuestas al sol de la primavera, descamacion precedida con bastante frecuencia de un eritema mas ó menos vivo, pero siempre efímero, y que cesa desde que se sustraen las partes á los rayos del sol. Los signos característicos de la pelagra, sumamente variables bajo el punto de vista de su intensidad, no lo son menos en cuanto á su aparicion, presentándose unas veces aislados y otras reunidos, y empezando por las vias digestivas ó por el sistema nervioso.»

La pelagra, muy frecuente en ciertos paises meridionales, especialmente en Lombardía, es desconocida en el resto del mundo, y ya veremos mas adelante las esplicaciones que se han dado de la mayor frecuencia de esta enfermedad en algunas comarcas.

§. II.

CAUSAS.

1.° Causas predisponentes.

Ninguna *edad* está exenta de padecer la pelagra, y hasta se han citado casos de haberse desarrollado la enfermedad du-

(1) *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 4.ª edic., 1847, en 8.°

rante la vida intrauterina. Todos los autores admiten su *herencia*. Se la encuentra en ciertos paises, tales como en Lombardía, en Asturias y en algunos puntos del mediodia de la Francia. Algunos autores han invocado la influencia del *clima* y de la configuracion del terreno; pero el doctor Roussel, reuniendo los hechos, ha hecho ver que se desarrolla la enfermedad en las condiciones climatéricas mas opuestas, y por consiguiente no se puede admitir esta opinion. No haremos mas que mencionar los *partos repetidos*, la *lactancia demasiado prolongada*, los *pesares*, etc., en razon á que estas circunstancias, que deben hallarse naturalmente en las poblaciones semejantes á aquellas en que se observa la pelagra, no han sido estudiadas cual corresponde, y nada hay que demuestre su influencia. Estas son las principales causas predisponentes que indican los autores, y pronto veremos hasta qué punto se debe admitir su existencia.

2.° Causas ocasionales.

Entre las causas ocasionales á ninguna se ha hecho desempeñar un papel tan importante como á la *insolacion*, lo cual depende de la influencia que ejercen los rayos solares sobre el estado de la piel, principalmente en la primavera; y siendo esta influencia de las mas ostensibles, ha debido llamar desde luego la atencion de los médicos que veian en los síntomas cutáneos los fenómenos principales de la enfermedad; pero habiéndose estudiado la afeccion de un modo mas completo, pronto se ha notado que, además del estado morboso de la piel, y aun faltando este, hay síntomas graves que hacen que esta enfermedad sea una cosa muy distinta de una simple afeccion cutánea, y desde entonces ha debido considerarse á la insolacion tan solo como la causa determinante de ciertos fenómenos locales y no como la de la enfermedad entera.

Se ha invocado tambien el uso de *alimentos indigestos*, mal cocidos, de mala calidad, y que contengan una corta cantidad de azoe; en una palabra, de una *nutricion insana é insuficiente*. ¿Producen realmente estas causas el efecto que se las atribuye? Vamos á averiguarlo inmediatamente.

Hay otra cuestion que hace poco se ha suscitado y que merece detenernos un instante. El doctor Balardini, en un trabajo

justamente apreciado acerca de la pelagra, ha sentado que la causa única de esta afeccion es el *uso habitual del maiz*, especialmente cuando este grano se halla alterado por la presencia de un fungus parásito al cual este médico ha dado el nombre de *sporisorum maidis*. No referiremos aqui las pruebas numerosas y perfectamente deducidas que ha presentado el doctor Balardini para esforzar su opinion, pruebas que han sido reproducidas con mucha habilidad por el doctor Roussel, que ha añadido á ellas investigaciones sumamente interesantes acerca de los progresos de la pelagra, comparados con los del cultivo del maiz, con la madurez mayor ó menor de esta sustancia en las comarcas en que constituye casi el alimento esclusivo de los habitantes, y por consecuencia con su mayor ó menor grado de alteracion, de todo lo cual ha sacado este autor como conclusion, que la pelagra es la consecuencia ordinaria de la introduccion del cultivo en grande del maiz en una comarca, y que los que la padecen se alimentan casi esclusivamente de este grano. El doctor Casaban (1) ha creido que se podia igualmente referir al uso del maiz de mala calidad el desarrollo de la pelagra en las Landas.

A esto se ha respondido que en algunos casos, muchos de los cuales refirió Strambio, se han presentado de un modo evidente los síntomas de la pelagra, á pesar de no haber hecho los sugetos ningun uso inmoderado del maiz, y en los hechos que Roussel ha observado en Paris mismo, no ha podido comprobar de un modo evidente la existencia de esta causa. Asi Devergie (2) ha citado un caso de pelagra en el cual no ha podido probarse la alimentacion mas ó menos esclusiva del maiz, y el doctor Marrotte ha leido á la Sociedad médica de los hospitales la observacion de un sugeto que no se habia sometido á esta causa mas que los anteriores. ¿Deduciremos de aquí, como lo han hecho varios autores, que Balardini y Roussel se han engañado? No lo creeemos: hay una relacion demasiado evidente y demasiado constante entre la estension del cultivo del maiz y la de la enfermedad para que puedan quedar dudas acer-

(1) *Rech. et obs. sur la pellagre dans l' arrond. de Saint-Sever (Landes)*; Tésis, Paris, 1848.

(2) *Compte rendu de la Societé médicale du 2.° arrondissement (Union médicale*, 20 de junio de 1850).

ca de este punto, y lo que únicamente se puede admitir es, que en ciertas circunstancias raras la influencia de las diversas causas que dejamos mencionadas, y principalmente la de los alimentos muy azoados, puede dar orígen á los mismos resultados que la alimentacion por el maiz. Ademas, el doctor Roussel, que ya se ha ocupado con tanto ardor de esta cuestion, ha pasado á España á reunir hechos que pueden ilustrarla completamente, y su habilidad bien conocida debe hacernos esperar que se logrará enteramente este resultado.

Hemos creido que debiamos insistir en este punto de etiologia porque interesa en el mas alto grado á la higiene pública, y porque nunca es posible detenerse demasiado en estas cuestiones que tocan á la salud y á la existencia de poblaciones enteras.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los autores han seguido distintas divisiones al describir los síntomas. Frapolli, y con él otros muchos observadores, admitia tres períodos diversos; otros dividen la enfermedad en tres años, porque en un gran número de casos hay tres ataques distintos que se verifican en la primavera, y finalmente otros admiten tres grados.

Strambio ha desechado estas divisiones, y Cazenave y Schedel han adoptado su opinion fundándose en que en un gran número de casos no hay períodos distintos, sino que la enfermedad es contínua, que los últimos ataques de la pelagra pueden ser menos intensos que el primero, y finalmente que frecuentemente son necesarios mas ó menos de tres años para que la enfermedad siga su curso; nos parecen convincentes estas razones, y por lo tanto que se debe seguir la opinion de estos autores. El autor italiano distingue tres formas de esta afeccion, segun que es *intermitente*, *remitente* ó *contínua*, de las cuales diremos dos palabras al hablar del curso de la enfermedad.

Invasion. Es muy raro que empiece la pelagra por la alteracion de la piel, y hasta no está perfectamente demostrado que esta alteracion haya sido nunca el fenómeno primitivo que se ha

presentado á la observacion. Hay ciertos enfermos que no la presentan, y que llevan ya mucho tiempo con síntomas evidentes de la afeccion sin que quede la menor duda; quizá en casos semejantes se ha creido que la afeccion cutánea existia desde la invasion.

Sea como quiera se puede decir que en la gran mayoría de casos empieza la pelagra por síntomas de las vias digestivas, entre los cuales se deben citar particularmente la bulimia y la diarrea, un malestar contínuo, debilidad mayor ó menor, síntomas de anemia, etc. Es raro ver al principio de la enfermedad los fenómenos nerviosos de que hablaremos mas adelante.

Estos síntomas de la invasion, que pueden referirse perfectamente á una nutricion escasa é insana, duran mas ó menos tiempo, segun que han aparecido en una época mas ó menos distante de la primavera, porque en esta estacion es cuando efectivamente se confirma la enfermedad por la aparicion del estado morboso de la piel, que aparece bajo la influencia de los rayos del sol entonces mas ardientes.

Muchos autores han considerado á los síntomas que acabamos de describir como simples *prodromos;* pero no creemos que el exámen de los hechos permita adoptar esta opinion. Es mucho mas natural pensar que en el momento en que aparecen ya existe la enfermedad, y que imprimiendo esta á la piel un nuevo modo de ser, la hace bastante impresionable á los rayos del sol para que estos produzcan las alteraciones que, como se hallan mas á la vista, han hecho dar á la enfermedad el nombre de *pelagra.*

Síntomas de la enfermedad confirmada. Entre los síntomas de la enfermedad ya declarada, hallamos primeramente los que tienen su asiento en el *conducto digestivo*, y de los cuales ya hemos dicho dos palabras. La *bulimia* es uno de los caracteres mas constantes de la pelagra; las ganas de comer son casi incesantes, los alimentos atraviesan rápidamente el conducto digestivo, y apenas son ingeridos cuando sobrevienen evacuaciones alvinas y vuelve á reaparecer el hambre.

La *diarrea* es un síntoma casi constante, y las deposiciones son abundantes, muy líquidas, amarillas, verdes ó negruzcas y á veces sanguinolentas. En un corto número de casos hay por el contrario un *estreñimiento* pertinaz; pero aun entonces se

presenta la diarrea en ciertas épocas, y sobre todo al fin de la enfermedad. Los *vómitos* son infinitamente mas raros, y muy pocos sugetos presentan algunos síntomas procedentes del estómago.

Los *labios* tienen un colorido particular, que consiste en una *lividez* acerca de la cual ha insistido mucho Strambio: al mismo tiempo estan áridos y agrietados. La mucosa bucal está generalmente pálida, y con bastante frecuencia se encuentran en ella escoriaciones mas ó menos estensas. En cierto número de casos que citan los autores, acusan los enfermos un gusto salado en la boca y tenian salivacion.

Estos fenómenos aparecen cuando no hay calentura intensa; mas adelante veremos lo que sucede cuando se declara la calentura.

Alteracion de la piel. No tan solo pueden presentarse estos trastornos digestivos mucho tiempo antes de la aparicion de la alteracion cutánea, sino que tambien se ve que persisten, aun cuando ha desaparecido esta alteracion de la piel para volver á presentarse mas tarde, es decir, que existen hasta durante el invierno.

Por el contrario, la afeccion cutánea tiene de notable que al principio aparece de un modo intermitente, y que adquiere un incremento bajo una influencia bien conocida, como lo vamos á ver por la descripcion siguiente que tomamos de Cazenave y Schedel (1). «Se presenta siempre, dicen estos autores, en las partes mas habitualmente espuestas á los rayos del sol, y asi afecta con preferencia el dorso de las manos y la parte esterna del antebrazo, á veces hasta el codo, el dorso de los pies y la parte inferior y anterior de las piernas, la parte superior y anterior del pecho, y en algunos casos la frente y las partes laterales de los carrillos. Por lo comun se anuncia la pelagra en estos puntos por la simple descamacion de la epidermis, que se ennegrece, toma un color de chocolate mas ó menos oscuro, se seca y cae sin que aparezcan inflamacion ni rubicundez. Es una especie de pitiriasis sin pruritos declarados y sin dolor alguno; es un trabajo morboso que se verifica en el cuerpo mucoso, ó mas bien en el aparato blenógeno de la piel con al-

(1) *Lug. cit.*, p. 493.

teracion del pigmento. Otras veces hay por el contrario eritema mas ó menos intenso, sobre todo cuando el sol ha calentado con fuerza y que los enfermos han continuado esponiéndose á su influencia; á veces esta inflamacion llega á ser casi erisipelatosa y se forman flictenas ó vejigas llenas de serosidad amarillenta, lo mismo que en una quemadura. En estos casos hay una sensacion de comezon viva, que persiste con la inflamacion y que no tarda en ir desapareciendo poco á poco desde que se han sustraido las partes de la accion del sol; pero la descamacion negruzca de la epidermis la reemplaza y es la que llamando la atencion del observador, da á la afeccion cutánea de la pelagra lombarda una fisonomía tan característica. Es bastante comun que la erupcion forme semicírculos elipsoides y que presente el borde inferior de cada faja un color moreno oscuro que resalta con el color mas claro de la epidermis que viene inmediatamente despues; se han citado casos en que estos semicírculos elipsoides se sucedian en la parte posterior del antebrazo hasta cerca del codo.

«En los primeros tiempos de la enfermedad desaparece el eritema sin dejar vestigios, aun en los casos en que ha sido muy pronunciado, se cae la epidermis ennegrecida y aparece la piel con su color habitual. Pero no sucede ya lo mismo cuando se ha repetido mas ó menos la descamacion pelagrosa en estos puntos, pues entonces la piel parece que está en ellos adelgazada, su superficie se halla reluciente, y se la ha comparado con razon á la que presentaria la cicatriz de una quemadura muy superficial; muchas veces hasta se observan en esta superficie placas irregulares en las que el dermis presenta un color moreno mas ó menos oscuro, pero sin embargo está completamente suave al tacto. Los casos en que la piel llega á engrosarse, á ponerse callosa y á cubrirse de grietas, deben ser muy raros, porque Cayetano Strambio jamás ha hallado semejante estado de la piel en los pelagrosos durante una práctica de mas de treinta años, y los médicos del gran hospital de Milan, á quienes hemos preguntado acerca de esto (junio de 1846), nos han asegurado que nunca los habian visto.»

Lo que especialmente hay de notable en esta erupcion, como ya lo hemos dicho antes de ahora es que se presenta con particularidad en la primavera, desde que se esponen los indi-

viduos á la accion de los rayos solares, y por otra parte que, no está en relacion con la violencia de los síntomas internos, de tal modo que en ciertos sugetos existe en su mas alto grado con fenómenos generales poco intensos, y *viceversa*.

Síntomas nerviosos. Los principales constituyen lo que se ha llamado la *locura pelagrosa.* Los enfermos se hallan tristes y abatidos, esperimentan temores exagerados y tienen ideas delirantes. Se han citado un gran número de casos en que los sugetos tenian una gran propension al suicidio, y es bastante frecuente observar que se dan la *muerte por inmersion*, particularidad en que ha insistido especialmente Strambio. Brierre de Boismont, cuyas observaciones acerca de este punto son de sumo interés, ha notado que un gran número de individuos que padecian la locura pelagrosa eran arrastrados de un modo invencible á matar á sus hijos por estrangulacion ó por inmersion, y que muchos tienen una exaltacion religiosa. No estan conformes los autores respecto á la frecuencia de estas aberraciones de la inteligencia; pero lo que si hay de cierto es que en los hospitales es grande el número de locos pelagrosos.

Aun cuando conservan su razon, la mayor parte de los enfermos padecen vértigos, zumbidos de oidos, trastornos de la vision, cefalalgia, dolores en el raquis, calambres, convulsiones y movimientos involuntarios; su marcha es precipitada é involuntaria hácia adelante, la debilidad de las estremidades inferiores puede llegar hasta la paraplegia, y en una palabra, presentan síntomas graves y variados, cuyo asiento se halla tanto en los nervios del movimiento como en los sensitivos.

Estos síntomas distan mucho de encontrarse todos reunidos en cada enfermo, pero casi siempre se observa cierto número de ellos. En cuanto á su intensidad, varía en los diversos sugetos y tambien en las distintas épocas de la enfermedad. Es sensible que estos diferentes puntos de la historia de la pelagra no hayan sido aun estudiados con toda la exactitud necesaria y de modo que se pudiese saber cuál era su verdadera frecuencia y cuál su grado de valor. Hasta ahora se han limitado los autores á una apreciacion general.

Se han indicado tambien como síntomas de la pelagra, pero sin que podamos decir en qué proporcion de casos, los trastornos de la respiracion, el *catarro crónico*, la *tísis pulmonar*

y la *laringitis ulcerosa crónica*. En cierto número de enfermos se ha observado el *ardor de la orina*, y algunos tienen deseos venéreos inmoderados al principio de la enfermedad, pero todos presentan, por el contrario, una disminucion manifiesta de estos deseos hácia el fin. La *menstruacion* solo ofrece por lo comun de particular su poca abundancia, aunque á veces hay por el contrario *metrorragia*. El *pulso* es lento y débil hasta que aparece la calentura, y por último se nota á veces una complicacion de *escorbuto*. La multiplicidad de estos síntomas aleja evidentemente la idea de una simple afeccion cutánea, pues las lesiones locales son demasiado limitadas para producirla.

En una época avanzada aparece *calentura* por lo comun intensa, la lengua se pone seca, aumentan los síntomas digestivos, hay *calor en la piel*, *delirio*, etc. A este estado es al que se ha llamado *tifoideo*, á pesar de que nada hay en él que se asemeje á la calentura de este nombre.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es generalmente crónico con exacerbaciones que aparecen de ordinario por la primavera y que se efectúan principalmente en la afeccion cutánea, como ya lo hemos dicho antes de ahora; sin embargo se observan á veces casos en que la enfermedad es contínua y que tiene cierto carácter de agudeza. La *duracion* es por lo comun de muchos años, y se halla cierto número de enfermos que viven mucho tiempo con esta enfermedad. El suicidio viene con bastante frecuencia á abreviar esta duracion. La muerte es la *terminacion* ordinaria en los sugetos que no se separan bastante pronto de las malas influencias higiénicas que dejamos indicadas. En el caso contrario, hay motivos para esperar la curacion, de lo cual nos ofrecen ejemplos bastante numerosos los autores españoles é italianos.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Las alteraciones anatómicas que se encuentran en los sugetos que han sucumbido en el período estremo de la enfermedad son las lesiones crónicas de las vias digestivas y de sus anejos, tales como la ascitis, el reblandecimiento y el color negro de la mucosa del estómago y de los intestinos; las alteraciones del encéfalo, como el reblandecimiento, la induracion del cerebro, la inyeccion de las meninges, los derrames serosos en los ventrículos, las lesiones análogas en el ráquis, y finalmente los tubérculos pulmonares y las ulceraciones de la láringe y de la tráquea, etc. No insistimos mas en estas lesiones porque, segun confiesan los autores, no hay ninguna que sea característica. Respecto á las alteraciones de la piel, ya las hemos indicado en la descripcion de los síntomas.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Solo pudiera confundirse la enfermedad que acabamos de describir con la *acrodinia* que se ha observado en Paris en 1828, y hé aquí como Cazenave y Schedel establecen el diagnóstico entre estas dos afecciones. «En la acrodinia, dicen, persistia el eritema y eran muy vivos los dolores, al paso que el eritéma pelagroso no es mas que la indicacion de un estado caquéctico particular de la constitucion, y los enfermos no sienten dolores, ó si los padecen es tan solo durante los primeros dias..... En la acrodinia no desempeñaba ningun papel la insolacion, la epidermis de la palma de las manos y de la planta de los pies se desprendia aun mas que la del dorso de estas partes, y la sensibilidad del dermis puesto al descubierto aumentaba con frecuencia hasta un punto estremo.» Ya hemos visto cuán diferentes son los fenómenos de la pelagra, y asi bastan estos caracteres para formar el diagnóstico.

Pronóstico. La pelagra es siempre una enfermedad grave y se va haciendo de cada vez mas si no se separan los enfermos

de las malas condiciones higiénicas. Las alteraciones cerebrales y la locura hacen que el pronóstico sea sumamente funesto.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Hay que considerar dos cosas en el tratamiento de la pelagra, y sin disputa la mas importante es la que consiste en destruir la enfermedad en las poblaciones. Si como lo cree el doctor Balardini y como parece se debe admitir segun las investigaciones de este autor y de Roussel, hay que atribuir la pelagra á la alimentacion por el maiz esclusivamente, y sobre todo por el maiz alterado, claro está que se deben tomar medidas para hacer esta alimentacion menos esclusiva y para remediar la mala calidad del alimento. Roussel cree que puede ser muy útil cierto grado de torrefaccion de la semilla antes de encerrarle para conservarle; en cuanto á las disposiciones administrativas, no es este el lugar oportuno de indicarlas.

Pero los médicos son llamados á asistir individuos que padecen la pelagra. ¿Qué medios conviene entonces poner en práctica? El resúmen siguiente de Cazenave y Schedel, al cual seria inútil sustituir otro, responde perfectamente á esta pregunta.

«En las campiñas de la Lombardía no se ocupan del tratamiento de la pelagra hasta que se manifiestan accidentes graves, y se contentan con dar *mejor alimento* á las personas de la familia que parecen amenazados de la dolencia, á hacerles beber *vino*, y á reemplazar la *polenta* de maiz con *pan de trigo* y *carne*, con lo que en general consiguen su objeto. A fines de mayo y en junio vienen muchos habitantes del campo á tomar los *baños* en el gran hospital de Milan, en el que permanecen y se bañan de quince á veinte dias, comiendo mejor que en sus casas, y en seguida se salen para que entren otros.

»Como tratamiento higiénico seria probablemente muy útil la *hidroterapia*, tanto mas cuanto que este método, aplicado convenientemente, daria tono á la piel y á toda la economía, al paso que despertaria la accion cutánea. El simple cambio de alimentacion produce por lo comun los mejores resultados, hecho

que viene en apoyo de los esperimentos del profesor Magendie, que han dado bastante á conocer qué efectos nocivos puede producir un solo y mismo género de alimentacion continuado esclusivamente y por mucho tiempo.

»No parece que sean indispensables el vino y el régimen animal, puesto que Margari ha visto aparecer una mejoría notable en sugetos que han entrado en las cárceles con síntomas de pelagra, á pesar de que su alimento consistia en pan de trigo con agua. Frapolli, que habia sentado como principio que la pelagra procedia de la supresion de la traspiracion en las partes afectadas, y que la carne era perjudicial en estas enfermedades, admitiendo esta causa como punto de partida, obtuvo resultados manifiestos *absteniéndose* enteramente *del régimen animal.*

»Pero no basta el tratamiento higiénico para combatir los síntomas graves de la pelagra, que exigen por lo comun medios enérgicos. Estos accidentes son ó nerviosos ó congestivos, y frecuentemente unos y otros, y asi no hay duda que las *evacuaciones sanguíneas locales y generales* y el uso de los *antiespasmódicos* y de los *opiados* reunidos á los *tónicos*, son de una utilidad práctica reconocida. Algunos médicos proscriben con energía y rechazan absolutamente la sangría, tanto local como general, en la pelagra; pero como este medio disipa con bastante prontitud los accidentes congestivos que en esta enfermedad simulan una inflamacion franca, y á los cuales interesa mucho combatir, se recurre por lo comun á ella y con utilidad. Seria además difícil sustituirle otro medio que obtuviese el mismo resultado, no siendo la hidroterapia del gusto de todos, ni siempre de una aplicacion fácil.

»El tratamiento de estos diversos accidentes viene á ser casi el mismo que el de las diferentes afecciones gastrointestinales, meningoencefalitis, enteromeningitis, enteromielitis, etc., con condicion sin embargo de no olvidarse que no se estan tratando inflamaciones francas, sino de naturaleza pelagrosa. Asi, pues, son por lo comun útiles y necesarias las *bebidas atemperantes*, las *lavativas de almidon*, los *opiados*, las *emulsiones* y los *fomentos*.

»Respecto á la afeccion cutánea, todo cuanto exige está reducido á los *baños simples á los 25° ó 26° Reaumur*, y los *fomentos emolientes* en casos de irritacion un poco intensa: la

utilidad de los primeros es tal que muchos prácticos los consideran como la base de todo tratamiento de la pelagra, con tal que las fuerzas de los enfermos permitan recurrir á ellos; pero como dice Cayetano Strambio, hay que guardarse bien de considerar á los baños como el único y principal remedio contra esta enfermedad.»

ARTICULO IV.

ACRODINIA.

Si nó hemos débido colocar la pelagra entre las enfermedades cutáneas hasta despues de haber esplicado los motivos que nos movian á ello, con mayor razon debemos hacerlo respecto á la acrodinia, en la cual la afeccion cutánea desempeña un papel todavía mas secundario. Pero reina la mayor incertidumbre relativamente á la naturaleza de esta enfermedad; ninguna de las opiniones que acerca de este punto se han emitido puede resistir á un exámen riguroso, y en esta incertidumbre hemos creido que podiamos aproximar la acrodinia á la pelagra con la cual tiene cierta analogía. Esto es tambien lo que ha hecho Rayer (1), que ha colocado esta afeccion entre las *enfermedades pelagrosas.*

La acrodinia se ha observado en Paris desde el mes de junio de 1828 hasta mediadios del invierno de 1829 á 1830. Antes de esta época no habia en Francia ningun vestigio de su existencia; pero en otros paises, y especialmente en Alemania, se habia visto aparecer con bastante frecuencia una afeccion semejante, y á la cual se habian dado nombres diferentes que incaremos mas adelante. ¿Serán idénticas estas afecciones? Hé aqui lo que no se halla perfectamente probado; pero sí escierto que tienen muchos caracteres comunes, y que en las numerosas comarcas en que se han observado han aparecido bajo la forma epidémica. Entre los autores alemanes que han escrito acerca de la enfermedad epidémica convulsiva, bastante frecuente en su pais, citaremos á Schwenckfeld (2), Wolf (1717),

(1) *Traité des maladies de la peau;* Paris, 1840, t. II, p. 890.

(2) *Bericht von der Krampsucht,* etc., 1577.

F. Hoffmann (1), Muller (2), etc.; y entre los médicos franceses que han estudiado la epidemia de 1828, haremos mencion particularmente de Chomel, Cayol, Genest (3), Dalmas (4), Dezeimeris (5) y Dance (6).

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Es sumamente difícil dar una buena definicion de la acrodinia, no tan solo porque no podemos espresar la naturaleza de la enfermedad, sino tambien porque hubo muchas variaciones en los diversos casos que se han presentado y en la fisonomía de la enfermedad, segun las localidades, para que sea posible presentar en pocas palabras los caracteres principales de la afeccion. Nos contentaremos, pues, con indicar los siguientes: entorpecimiento, hormigueo y dolores en las estremidades, á veces contractura, erupciones diversas, alteracion de la epidermis y trastornos digestivos manifiestos; tales son los síntomas principales de la enfermedad.

Si se admite que la afeccion de que vamos á ocuparnos es idénticamente la misma que han descrito los autores alemanes, se debe buscar la descripcion en estos autores bajo los nombres de *Krampsucht*, *Kornstaupe*, *Kriebelkrankheit*, *morbus spasmodicus malignus*, *epidemicus*, *convulsivus*, *morbus cerealis*. Por la mayor parte de estas denominaciones vemos que en Alemania se atribuye con bastante generalidad la afeccion á una alteracion de los cereales, y por consiguiente hay un rasgo de semejanza entre ella y la pelagra, que Roussel ha hecho resaltar perfectamente; pero ya nos ocuparemos de este punto.

(1) *Opera omnia medica*, t. III.
(2) *Act. med.*, Berlin, t. VI.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XVIII, p. 332.
(4) *Journal hebdomadaire de médecine*; Paris, 1829, t. I, p. 331.
(5) *Journal général des hôpitaux*.
(6) *Dict. de médecine*, art. ACRODYNIE.

§. II.

CAUSAS.

Todos los autores convienen en que no son conocidas las causas de la acrodinia. Se ha atribuido al uso de diversos *alimentos* y *bebidas*, pero fácil ha sido conocer cuán infundada era esta opinion, puesto que en París ha acometido á sugetos que usaban una alimentacion muy distinta, y un gran número de otros, cuya alimentacion era igual, han sido invadidos ó no, segun las localidades en que se encontraban. Esto es lo que se ha observado especialmente entre los soldados, pues ciertos cuarteles tuvieron un número bastante considerable de enfermos que han hecho necesario el desalojarlos, y en otros no hubo ni uno solo. Las mismas reflexiones son aplicables á la *acumulacion de personas*, á la *alteracion del aire*, y á la *humedad de las habitaciones*. Aun cuando la afeccion no ha perdonado ninguna *edad* ni *sexo*, se ha observado con mas frecuencia en los adultos y en los hombres que en los niños y mugeres. Nada ha demostrado que fuese contagiosa.

El único hecho un poco importante relativamente á la etiologia, ha sido el haber aparecido la enfermedad en años en que los veranos han sido notables por su humedad y poca elevacion de temperatura. Pero ¿se la debe atribuir á la influencia prolongada de estas *estaciones* sobre la economía animal, ó habrá que admitir que no habiendo llegado los cereales á adquirir en estos años el grado de madurez conveniente, la alimentacion ha sido mal sana é insuficiente? Si la exactitud de esta última proposicion estuviese comprobada, tendriamos un motivo mas para aproximar la acrodinia á la pelagra, y ya hemos dicho mas arriba que los autores alemanes profesan esta opinion, pero dista mucho de estar completamente demostrada.

§. III.

SÍNTOMAS.

En general los primeros síntomas que se presentaban en la epidemia de París eran un *entorpecimiento* y *hormigueos* incó-

modos en los pies y en las manos: en algunos enfermos habia desde los primeros tiempos verdaderas *punzadas* en estas partes, pero en general este último síntoma aparecia en una época mas avanzada. Era raro que estas sensaciones, mas ó menos dolorosas, existiesen mas que en las estremidades, y solo en algunos casos ocupaban los miembros hasta cierta altura, y algunos individuos los han sentido en todas las partes del cuerpo.

Se han observado tambien alteraciones del *tacto* y de la *facultad tactil*. Ciertos enfermos no podian tocar el cuerpo mas suave sin esperimentar una sensacion penosa, como si tocasen cuerpos sumamente ásperos; otros al poner el pie en el suelo creian que pisaban un cuerpo blando, y algunos habian perdido tambien la sensibilidad tactil hasta el punto de no notar que se les habian escapado los cuerpos que creian tener sujetos ó que se les habia caido el calzado. No insistimos mas en estas aberraciones de tacto, que eran bastante variables, y cuyas diversas variedades es fácil figurarse.

Se notaban ademas lesiones de la *motilidad;* asi cierto número de individuos presentaban *contracturas*, *espasmos de los músculos*, *calambres* y *estremecimientos*. Las *convulsiones* aparecen de un modo particular en el *morbus cerealis* de los Alemanes, lo cual ha hecho que muchos autores diesen á esta enfermedad el nombre de *morbus convulsivus;* pero como algunos han incluido en su descripcion la historia del *ergotismo*, hay cierta confusion en este punto.

Por lo comun llegaban á ser tan difíciles los movimientos, que los enfermos no podian ya hacer uso de sus dedos, y la parálisis de las estremidades inferiores solia ser tan considerable, que no podian andar sino arrastrando por el suelo la punta del pie. Estas diversas alteraciones de la motilidad (contractura, calambres, parálisis) distaban mucho de presentarse aisladas, y por el contrario se observaba habitualmente que se sucedian en el mismo sugeto.

En el curso de la enfermedad aparecian, principalmente en los pies y en las manos, *erupciones* de diversa naturaleza, como pápulas, pústulas, manchas cobrizas y hasta flictenas ó diviesos, y finalmente una *descamacion* de mayor ó menor duracion, y que se reproducia con mas ó menos frecuencia, y en varios sugetos se han observado *sudores* de pies y manos. A con-

secuencia de estos fenómenos, la epidermis se adelgazaba, se reblandecia, y á veces quedaba al descubierto el cuerpo mucoso, en cuyo caso la sensibilidad de las partes estaba sumamente exaltada. Mas rara vez se han presentado estas mismas alteraciones en otras partes del cuerpo, y aun Chomel ha citado un caso en que la epidermis del pezon de la mama se habia desprendido en totalidad.

Un fenómeno que puede considerarse como característico es la *rubicundez eritematosa* de los pies y de las manos que ocupa las dos caras en esta última parte, y limitada á la superficie plantar en las estremidades inferiores. La rubicundez eritematosa se presentaba tambien en otras partes del cuerpo, y además se observaba en un gran número de puntos y particularmente en el abdómen y en los pliegues de las articulaciones, un *tinte oscuro* ó *negruzco* de la piel, que no era el fenómeno menos notable de esta afeccion singular.

En el primer período de la enfermedad, y á veces desde su principio, se notaban desórdenes variables de las *vias digestivas*. Con frecuencia era una simple pérdida del apetito, con tension ó peso mas ó menos manifiesto en la region epigástrica, á veces arcadas ó vómitos, dolores cólicos, *diarrea* considerable en algunos casos que alternaba con el estreñimiento, y finalmente algunas veces deposiciones sanguinolentas y hasta vómitos que contenian un poco de sangre.

«En la mayor parte de los enfermos (los dos tercios próximamente), dice Dance (lug. cit.), se presentaba ordinariamente desde el principio un *edema*, las mas veces parcial, pero algunas veces general y aparecia principalmente en la cara, en los labios y mejillas, en los pies, en las manos, á veces en las paredes abdominales, ó hasta en todo el hábito esterior del cuerpo, produciendo entonces una especie de hinchazon general. Este edema era por lo comun poco doloroso, no muy considerable, no conservaba la impresion del dedo y hacia variar poco el color de la piel, escepto en ciertos casos en que parecia mas pálida y como manchada por equímosis.....

»Al mismo tiempo se observaba con frecuencia, dice el mismo autor, una rubicundez de los ojos limitada á la conjuntiva palpebral ú ocular, á veces al borde libre de los párpados y acompañada de lagrimeo, sensibilidad del ojo á la luz, y so-

bre todo picazon, punzadas ó sensacion de arenillas metidas en los párpados, sensacion que imitaba por sus variedades á las que se percibian en los pies y en las manos. Lo que hay de particular es que estos fenómenos se observaban á veces sin que hubiese ninguna rubicundez en los ojos.»

Esceptuando los síntomas de las vias digestivas, que ya dejamos descritos, no se observaban *fenómenos generales* bien notables, y los únicos que merecen citarse son: una *calentura ligera* en algunos casos, mas fuerte cuando los síntomas digestivos adquirian mayor intensidad, un *insomnio* bastante rebelde y la irritabilidad.

Todas las relaciones de esta curiosa epidemia estan conformes en decir que los síntomas predominantes variaban segun las localidades, y asi en este punto sobresalian el dolor, los hormigueos y el entorpecimiento, y en aquel el edema, ó bien las erupciones, el color oscuro de la piel, etc. Algunos de los síntomas que hemos enumerado faltaban completamente, y asi en el cuartel de Lourcine no se observó el color oscuro de la piel, en otros rara vez se ha visto la oftalmía, etc.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Se han querido ver en el *curso* de la enfermedad tres períodos, pero Dance ha demostrado que estos períodos distan mucho de estar bien marcados. Lo que únicamente se puede decir es que los desórdenes de las vias digestivas aparecen principalmente en los primeros tiempos de la afeccion, que esta presenta entonces cierto grado de agudeza, y que luego sigue un curso esencialmente crónico. «Esta enfermedad continuaba durante muchos meses, dice Rayer, ó cesaba al cabo de algunas semanas. Muchos enfermos, despues de una curacion aparente, han vuelto á presentar la afeccion, que solo cesó con la epidemia. Rara vez *terminaba* por la muerte escepto en los ancianos.»

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Nada tenemos que decir de las *lesiones anatómicas*. En la descripcion de los síntomas hemos dado á conocer lo que se observaba en la piel, y en cuanto á las lesiones internas, pertenecen, como lo hace notar Rayer, á simples complicaciones.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

La enfermedad que acabamos de describir pudiera confundirse solo con la *pelagra*; pero no es igual el curso de estas dos afecciones. La recrudescencia notable que se observa en la primavera y los efectos de la insolacion en la pelagra, no se presentan en la acrodinia, y támbien es diferente la alteracion de la piel. No se ha observado una locura acrodínica, como llega á causar la pelagra, y por último dista mucho de ser el mismo el grado de gravedad de ambas afecciones.

¿Deberemos establecer un diagnóstico entre la acrodinia y el *morbus cerealis* de los Alemanes? Creemos que no, porque los autores que mas se han ocupado de esta cuestion opinan que estas afecciones son de la misma naturaleza. Sin duda que hay diferencias en las diversas epidemias; pero ¿no sabemos que es precisamente un carácter que se observa con frecuencia en epidemias de la misma enfermedad, el no parecerse completamente? ¿Y cómo habiamos de querer que epidemias observadas en diversos climas y á épocas distantes fuesen idénticas, cuando vemos que en Paris ha variado notablemente la enfermedad segun las localidades?

Pronóstico. La intensidad de los diversos síntomas y la larga duracion de la enfermedad hacian que la acrodinia fuese una enfermedad temible; sin embargo, lo que antes de ahora hemos dicho respecto á su terminacion prueba que no se la puede colocar entre las afecciones muy graves. La mucha edad y la grande intensidad de los síntomas procedentes de las vias digestivas, eran las circunstancias mas desfavorables.

§. VII.

TRATAMIENTO.

No conocemos ningun medio que pueda ser muy eficaz contra esta enfermedad singular, ni tendria grandes ventajas el entrar en muchos detalles acerca de este punto, razon por la cual nos parece suficiente el resúmen siguiente que tomamos del artículo de Dance. «La *sangría*, dice este autor, solo ha sido útil para disipar un estado de plétora ó de congestion accidental, y las *sanguijuelas* aplicadas al borde de los pies han calmado á veces el eritema, pero sin disminuir el entorpecimiento; puestas en el vientre han sido de poca eficacia contra los síntomas gastro-intestinales, y su aplicacion al raquis en gran número ha parecido á algunos prácticos mas favorable contra el conjunto de estos síntomas. Las *cataplasmas emolientes* al rededor de los pies no han producido por lo general ningun resultado contra los hormigueos, y á veces hasta los han aumentado. Mas ventajosas han sido las *fricciones* hechas en las mismas partes con cuerpos grasos mezclados á un aceite volátil (*trementina*) ó al *amoníaco*: lo mismo ha sucedido con las *lociones frias* con la adicion del *acetato de plomo*. Respecto á la trementina, debemos advertir que este medicamento, dado en fricciones, habia ya obtenido ventajas en varias de las epidemias de que hemos hablado anteriormente, y en particular en la que ha descrito Boucher. Segun refiere este autor, cierto número de enfermos debieron su curacion á este medio, lo cual hace que se asemejen estas afecciones á las neuralgias, en las se emplea la trementina con buen éxito. Los *baños simples*, líquidos ó de *vapor*, y los *sulfurosos* ó *aromáticos* han producido en general muy poco alivio. Entre todos los medios esternos, los *vejigatorios* son los que al parecer han logrado calmar mejor el entorpecimiento y los hormigueos, particularmente en los casos en que estos síntomas no estaban limitados á los pies y á las manos: aplicados á lo largo de los miembros y sobre todo en la direccion del raquis, han conseguido muchas veces la desaparicion de estos fenómenos. Las *moxas* solo se han usado en un corto número de casos y sin ventajas marcadas.

»Interiormente se han administrado el *opio*, la *belladona*, el estracto de *nuez vómica*, la *asa fétida*, la *valeriana* y los *polvos de Dower* sin obtener por lo comun mas resultados que un alivio temporal de los dolores con el primero de estos medicamentos. Se han ensayado igualmente los *purgantes*, el *emético á altas dosis*, el *tratamiento* llamado de la *Caridad* para el cólico de los pintores, pero sin mayores ventajas; sin embargo, parece que este último tratamiento obtuvo á veces buen éxito administrado por Cayol. Finalmente, en los casos en que se ha presentado la enfermedad bajo la forma remitente ó intermitente, el *sulfato de quinina* ha sido ineficaz lo mismo que los demás medicamentos.»

Para completar este tratamiento debemos añadir lo que acerca de él ha dicho Rayer, que ha seguido las diversas fases de la epidemia. «En la incertidumbre en que me hallaba acerca de la naturaleza de la acrodinia, ensayaba, como la mayor parte de los médicos, diversos remedios que me parecian apropiados para combatir los síntomas predominantes, pero sin resultado notable, porque la enfermedad siempre era muy larga y variada en sus fenómenos. Las mas veces he usado el *agua de Seltz*, el *diascordio* y la *triaca* contra los desórdenes de las funciones digestivas. Cuando desde la invasion aparecian con intensidad síntomas nerviosos, mandaba hacer una *sangría corta*, meter en seguida al enfermo en un *baño tibio*, y que tomase por la noche un grano de *opio*: si por el contrario se presentaban estos síntomas en el segundo ó tercer período de la enfermedad, y cuando ya la constitucion se hallaba deteriorada, administraba los *baños sulfurosos* y á veces con buen éxito. En cuanto á los síntomas cutáneos nunca he dispuesto para combatirlos mas que *baños tibios*, *lociones* y *aplicaciones emolientes*.»

ARTICULO V.

ESCLEREMA.

Hace muy pocos años que la existencia del esclerema verdadero, del que en estos últimos tiempos se ha descrito bajo el nombre de *esclerema de los adultos*, era de tal modo ignorado

por la mayor parte de los autores, que ni siquiera ocupaba lugar esta enfermedad en el cuadro nosológico. En 1845 publicó Thirial (1) una observacion que llamó la atencion general, y mas tarde el profesor Forget (2), de Estrasburgo, que no conocia el hecho referido por Thirial, tuvo ocasion de observar otro y creyó que se trataba de una enfermedad nueva. Entonces se ha suscitado una discusion de prioridad entre estos dos médicos (3), que no podia ser larga, pues era indudable que la observacion de Thirial tenia una fecha anterior.

Sin embargo, esta enfermedad no era nueva, como lo ha demostrado el doctor Ravel (4), quien por medio de investigaciones biográficas muy estensas, hace remontar el conocimiento de esta enfermedad hasta Hipócrates (5). Este autor cita en seguida un gran número de obras en las cuales se hallan no tan solo ejemplos multiplicados de la enfermedad que nos ocupa, sino tambien descripciones generales de esta afeccion, entre las cuales distingue en particular la de Lorry (6). No nos es posible entrar aqui en mayores detalles acerca de este punto histórico, pero puede consultarse el artículo lleno de erudicion que ha escrito el doctor Ravel: nos limitaremos, pues, únicamente á decir que en medio de ejemplos incontestables de verdaderos escleremas, se hallan seguramente un número considerable respecto á los cuales podrian suscitarse dudas.

Sea como quiera, lo cierto es que esta afeccion no habia llamado mas que de un modo imperfecto la atencion de los médicos, y que se hallaba casi completamente olvidada, cuando Thirial la ha devuelto de nuevo su interés, y que además ha tenido este autor el mérito de precisar los caracteres de la enfermedad mucho mas de lo que hasta entonces se habia hecho. Desde que ha citado el primer caso que se presentó á su obser-

(1) *Du scléréme chez les adultes*, etc. (*Journ. de méd.*, mayo y junio de 1845).

(2) *Mémoire sur le chorionitis ou sclérosténose* (*maladie non décrite par les auteurs*). *Gazette médicale de Strasbourg*, junio de 1847.

(3) THIRIAL, *Du scléréme des adultes; identité de cette maladie et de celle que M. Forget, de Strasbourg, vient de présenter comme nouvelle sous le nom de chorionitis*, etc. (*Union médicale*, 24 y 28 de agosto de 1847).

(4) *Rech. sur la stegnose* (*scléréme des adultes*). *Journ. des conn. méd.-chir.*, noviembre y diciembre de 1848).

(5) *Épidémies*, lib. V, cap. IX, *Obras de Hipócrates*, trad. de Littré.

(6) *Tractatus de morbis cutaneis*: Paris, 1777.

vacion, se han recogido otros semejantes con caracteres perfectamente marcados. El mismo Thirial refirió algunos (1), y debemos otros muchos á Bouchut (2), Putegnat (3), Rilliet (4) y Peletier (5).

Cuando se ha publicado la primera observacion de Thirial, creyó que esta enfermedad seria semejante á la que aparece con tanta frecuencia en los recien nacidos, y que se ha descrito bajo el nombre *de edema de los recien nacidos*, y que tambien se le ha llamado esclerema; pero he demostrado entonces (6) que los síntomas y las alteraciones anatómicas eran esencialmente diferentes y constituian dos enfermedades distintas, opinion que, como vamos á verlo, han venido á comprobar los hechos, y asi creo que en la actualidad á nadie le quedará duda respecto á este punto.

Desde ahora se puede decir que el nombre de esclerema debe reservarse para el endurecimiento de la piel que se manifiesta con los caracteres observados en los adultos, y que para evitar toda confusion en lo sucesivo no se debe dar este nombre al edema de los recien nacidos.

Con los datos que acabamos de mencionar ya puede esperarse hacer una historia casi completa del esclerema.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Es imposible definir la enfermedad segun su naturaleza, y por otra parte en las observaciones que se han citado como ejemplos no se hallan siempre las lesiones limitadas al solo te-

(1) *Note pour servir à l' histoire de la maladie nouvelle appelée sclérème des adultes, ou sclérodermie* (*Union médicale*, diciembre de 1849).

(2) *Observation de sclérème des adultes* (*Gazette médicale de Paris*, 25 de setiembre de 1847).

(3) *Sur le chorionitis, ou sclérosténose de la peau* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, de 1847).

(4) *Revue méd.-chir. de Paris*, 1848.

(5) Véase Forget, *Lettre sur le chorionitis* (*Revue méd.-chir. de Paris*, febrero de 1848).

(6) Véase *Arch. gén. de méd.* (*Bulletin*, *Correspondance*), 4.ª serie, t. X, p. 355, marzo de 1846.

jido de la piel, ni aun al celular subyacente, de modo que es bastante difícil dar una definicion exacta. Sin embargo, como lo que principalmente ha aparecido de notable en todos los casos ha sido el endurecimiento del tegumento esterno, se puede definir por ahora el esclerema: una enfermedad caracterizada por la dureza y la rigidez de la piel, con ó sin cambio de color de esta membrana y sin alteracion notable de las funciones de los demás órganos.

Resulta de las investigaciones bibliográficas del doctor Ravel, que esta enfermedad ha sido designada antes de ahora con los nombres de ***stegnosis***, ***cutis astrictio***, ***constrictio***, ***durities***, ***spissitudo***, ***scleremia***. En estos últimos tiempos se le ha denominado ***esclerema de los adultos***, ***esclerodermia***, ***corionitis y esclerostenosis cutánea***. Creemos que se la puede aplicar esclusivamente el nombre de ***esclerema***, que como ya dejamos dicho, no puede pertenecer ya al edema de los recien nacidos.

Debe considerarse á esta enfermedad como ***muy rara***, puesto que en el espacio de cinco ó seis años solo han podido observarse una docena de casos; pero el número de estos, por pequeño que sea, prueba que no es tan rara como se pudiera creer á primera vista, porque los hechos citados en 1845 han parecido tan nuevos que se los creyó enteramente escepcionales.

§. II.

CAUSAS.

Las causas de esta enfermedad son sumamente oscuras, y el corto número de casos que conocemos presenta circuntancias demasiado variadas para que podamos llegar á obtener resultados satisfactorios. Hé aquí lo mas positivo que se deduce de estos hechos.

1.º Causas predisponentes.

Edad. El mayor número de casos de esclerema se ha observado en los adultos, pero en estos ha variado mucho la edad, puesto que hallamos casos en sugetos desde quince hasta cuarenta y ocho años. Si se admitiesen como ejemplos incontestables de esclerema las observaciones de Pierquin, á quien cita

el doctor Ravel (1), seria preciso prolongar este último estremo de la edad hasta setenta y dos años; pero la primera de estas observaciones carece completamente de detalles, y en la segunda hay una circunstancia particular que hace creer que no era una enfermedad semejante á la que han descrito Thirial y Forget, á saber: la movilidad de la lesion que se dirigia de una parte á otra y el prurito que la acompañaba. Volveremos á ocuparnos de este punto al hacer la descripcion de los síntomas. De estos hechos se habia deducido primeramente que la enfermedad era propia de los adultos y por esto se la habia dado el nombre de esclerema de los adultos, pero Rilliet ha referido un caso de induracion de la piel en una niña de nueve años. En cuanto á la observacion de Rilliet y Barthez (2), que Ravel (3) quiere que se considere como un ejemplo de esclerema, no creemos que pueda aceptarse, pues era una simple hipertrofia del tejido celular sin induracion.

Sexo. Es muy notable que esta enfermedad se ha presentado en las mugeres en la inmensa mayoría de casos; sin embargo, no se debe creer, como pudiera hacerse en estos últimos años viendo que todos los casos se presentaban en el sexo femenino, que los hombres estan completamente exentos de padecer esta enfermedad, pues el doctor Ravel ha citado algunas observaciones que prueban lo contrario, y entre otras una recogida por Strambio (4), que no deja duda acerca de la existencia de la afeccion; lo que si hay de cierto es que aparece casi esclusivamente en las mugeres.

Entre las demás causas predisponentes hallamos mencionados en los hechos el *estado incompleto y difícil de la menstruacion*, un *trastorno cualquiera* de esta funcion, y el *habitar en sitios frios* y *húmedos*; pero los hechos en que se han notado estas circunstancias no son todavía bastante numerosos para permitirnos sentar reglas generales. En cuanto al *uso prolongado de alimentos de difícil digestion* y á las *afecciones morales tristes*, que han indicado los antiguos, y en particular

(1) *Luc. cit.*, pag. 185 y 186.
(2) *Traité des maladies des enfans*, t. I, p. 739.
(3) *Lug. cit.*, p. 187.
(4) Véase *Journ. gén. de méd. de Sédillot*, t. LXI, p. 234, Paris 1817, trad. par Ozanam.

Lorry, son causas cuya accion seria necesario que estuviese comprobada por un número suficiente de hechos.

2.° Causas ocasionales.

Entre las causas ocasionales volvemos á hallar tambien los *trastornos de la menstruacion*, y asi en los tres hechos que cita Thirial ha habido en uno *amenorrea*, en otro *supresion brusca de las reglas*, y finalmente, en el tercero las *evacuaciones* se han hecho *mas abundantes*. En una enferma que ha observado Cazenave, ha precedido á la afeccion una *supresion de los menstruos* sin causa conocida. Es necesario que se multipliquen las observaciones acerca de este punto etiológico.

En muchos casos ha aparecido la enfermedad sin que haya podido descubrirse una causa probable.

Nos contentaremos con hacer mencion de la *insolacion*, la accion del *frio prolongado*, el *cambio brusco de temperatura* y las *lociones astringentes*, causas que indican los autores que nos han precedido, pero cuya accion no han demostrado todavía bastante los hechos.

Tal es la etiologia, bien imperfecta por cierto, de esta afeccion singular.

§. III.

SÍNTOMAS.

En la descripcion de los síntomas se han admitido muchas variedades que conviene indicar. Respecto á la estension de la enfermedad, Alibert, citado por el doctor Ravel, distingue un *esclerema general* y otro *esclerema parcial;* pero debemos advertir con este último autor, que Alibert consideraba sin razon al esclerema de los recien nacidos (edema) y al de los adultos como una misma enfermedad, y que en los casos bien auténticos que poseemos nunca ha invadido el esclerema toda la superficie cutánea. Por consiguiente esta distincion no tiene verdaderamente importancia, y lo que únicamente interesa saber es que en ciertos casos ocupa la enfermedad una gran parte del cuerpo, al paso que en otras está limitada á una pequeña estension, y particularmente al cuello y á las estremidades superiores.

Thirial ha admitido dos variedades, segun la diferencia de color que presenta la piel, y son la variedad *blanca*, es decir, aquella en que no ha cambiado el color del tegumento ó solo presenta un grado mayor ó menor de palidez, y la variedad *parda* en la cual la piel tiene un color oscuro y á veces negruzco, como el de las momias. Segun el mismo Thirial, esta division solo tiene una importancia secundaria, puesto que la variedad blanca no es mas que el primer grado de la afeccion que tiende á pasar á la parda. No obstante se ha observado en algunos casos, y principalmente en los que han citado Strambio y Forget, aparecer el color de la piel en una época cuando menos muy próxima á la invasion. De todo esto se deduce que bastará que hagamos mencion de estas particularidades en la descripcion en que vamos á entrar.

Invasion. Resulta del exámen de los hechos, que en el mayor número de los casos empieza la enfermedad sin síntomas precursores, por la induracion del tejido cutáneo en un punto primero limitado para invadir en seguida con mas ó menos rapidez las partes inmediatas. Solo en algunos casos raros preceden á la induracion algunos síntomas estraños, y asi en el caso que refiere Strambio hubo una fiebre efímera seguida de una rubicundez eritematosa y de la induracion, y en una de las obobservaciones de Thirial precedieron al endurecimiento de la piel algunos desórdenes ligeros en el pecho y en el estómago.

Síntomas. El síntoma casi único en esta enfermedad es la *induracion de las partes blandas superficiales, y principalmente de la piel*. Esta induracion *empieza* casi siempre *por la parte anterior del cuello*, invade en seguida los lados y la nuca, y se dirige muy pronto por una parte hácia las estremidades superiores y el pecho, y por otra hácia la cara y el cuero cabelludo: mas tarde puede invadir tambien el abdómen y los miembros inferiores. Pero debemos repetir aquí que no hay un solo caso bien auténtico en que se haya estado endurecida toda la superficie del cuerpo. Por lo comun se detiene la induracion en el abdómèn, á veces ocupa la parte superior y las estremidades inferiores dejando libre una parte del tronco, y otras á la vez que reside en el cuello y toda la cabeza, invade uno de los miembros superiores en una estension mucho mayor que al lado opuesto.

Unas veces la induracion *termina bruscamente* en una parte

de la estension de las estremidades ó del tronco, de tal modo que hay un contraste muy notable entre la parte endurecida y la flexible inmediata á ella, y otras va cesando esta induracion *por grados* insensibles, como sucedia en una de las observaciones de Thirial.

Cuando se palpan las partes endurecidas, se halla una *resistencia* muy considerable y una dureza semejante á la de los cadáveres helados. Esta dureza es especialmente notable en las partes que gozan de mayor flexibilidad en el estado normal, y asi es que los pechos llegan á adquirir una consistencia estraordinaria.

No es posible coger ningun pliegue de la piel en todas las partes endurecidas, ni hacerla deslizarse sobre los tejidos subyacentes, como tampoco levantarla ni pellizcarla.

A esta dureza de la piel acompaña una *tension*, una especie de *constriccion* que ha hecho que se diese á la enfermedad el nombre de *estegnosis*.

Otro fenómeno notable que resulta de esta rigidez y tension de la piel es *que se borran los pliegues naturales*. La piel se pone lisa y bruñida, y esto ha hecho que se comparasen los sugetos que presentaban al mismo tiempo una gran palidez á estátuas de marfil pulimentado ó de cera, segun el grado de la descoloracion. En ninguna parte es tan notable esta desaparicion de los pliegues naturales como en la *cara*, y da á la fisonomía un aspecto de inmovilidad que choca á primera vista, y cuando los enfermos quieren sonreirse pone la cara un gesto estraño.

Resulta tambien de este estado de induracion una *dificultad de los movimientos* tanto mayor cuanto mas avanzada se halla la enfermedad: asi les cuesta trabajo á los enfermos volver el cuello, mover las mandíbulas, cerrar los párpados, aproximar los labios que quedan entreabiertos, doblar los miembros, etc., y hasta en un caso se ha observado que los movimientos de ascension de la laringe se hallaban entorpecidos á consecuencia de la rigidez de los tejidos que la cubren.

Sin embargo, esta induracion no ocasiona *dolores* notables, puesto que en casi todos los casos se han quejado simplemente los enfermos de una incomodidad mas ó menos considerable, pero no de punzadas de ninguna especie, ni de ningun otro dolor espontáneo, que tampoco ocasiona la palpacion. Entre los

hechos que tenemos á la vista solo hallamos un caso citado por Cazenave en el cual habia un dolor bastante intenso en el brazo izquierdo, y que solo aparecia por la noche. Pero hay que advertir que este dolor no existia en las demás partes invadidas por la induracion, y asi todo induce á creer que en este caso escepcional habia una complicacion dependiente probablemente de una *neuralgia braquial intermitente.* En uno de los casos que refiere Pierquin, habla de un *prurito* que acompañaba á la induracion; pero ya hemos dicho que en este caso la enfermedad era movible, lo cual se separa completamente de los caracteres del esclerema, y todo induce á creer que era otra enfermedad, quizá una especie particular de urticaria. En una observacion de Hipócrates habia tambien *prurito*, y aun cuando refiere el hecho con muy pocos detalles, parece ser el diagnóstico menos dudoso. Sea como quiera, podemos decir que el esclerema no causa verdadero dolor.

En medio de todos estos desórdenes es muy digno de notarse que la piel *no ha esperimentado modificaciones muy notables en sus funciones*, y asi conserva su color, lo cual forma un contraste con el aspecto cadavérico que presentan las partes y que ha llamado la atencion de los observadores. Permanece igualmente la sensibilidad, y hasta se verifica todavía la traspiracion, aun cuando en algunos casos se efectúa con cierta dificultad.

El *color* de la piel puede ser natural, á lo menos durante un tiempo bastante largo, pero lo mas comun es que presente, ó la palidez de que ya hemos hecho mencion antes de ahora, ó por el contrario, un color que del rojo oscuro pasa con mas ó menos rapidez al pardo, y que en la observacion que ha recogido el profesor Forget *hacia que se asemejase la cabeza de la enferma á la de una momia*. En este último caso, la *piel está como curtida* ó *se parece á un pergamino viejo y tirante.*

Hasta ahora solo hemos hablado de la induracion de las partes superficiales, pero *á veces puede ocupar tambien otras*, y asi Thirial ha visto en un caso la *lengua endurecida* hasta el punto que la enferma decia que le parecia que tenia en la boca un pedazo de madera, y naturalmente el movimiento de este órgano era muy difícil y se hallaba entorpecida la pronunciacion. En cuanto á la *induracion de los músculos* que indica Strambio, es dudoso que exista en realidad, y seria preciso para convencer-

nos que este autor hubiese entrado en algunos detalles respecto á la contraccion y prominencia de los músculos y tendones, cosa que no ha hecho. Es probable que la dificultad que opone al ejercicio de estos órganos la rigidez de las partes superficiales, haya motivado el error de Strambio. En el caso que refiere Cazenave, se dice que la induracion penetraba en los instertícios de los músculos; pero esto no se halla perfectamente probado. Un poco mas de dureza en ciertos puntos ha podido hacer creer en una induracion mas profunda, tanto mas cuanto que en este caso la induracion tenia en ciertos puntos la forma de estrías ó de placas aisladas, lo cual no sucede generalmente. Por último, Haller ha observado dos veces que la induracion ocupaba todo el cuerpo en toda su profundidad: volveremos á hablar de estos casos curiosos al tratar de las lesiones anatómicas.

Bastará añadir para completar el cuadro de esta enfermedad que *no se nota ninguna perturbacion en las funciones de los demás órganos*, y asi *se conserva el apetito*, los enfermos *duermen bien* y *desempeñan perfectamente las funciones respiratorias y digestivas*, en una palabra, y no es esta una de las cosas menos notables de esta afeccion singular, sin la dureza del tegumento esterno, y probablemente tambien del tejido celular subcutáneo, no existiria realmente el estado morboso.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es rápido en su principio y mas tarde permanece estacionaria ó solo hace progresos lentos. Su *duracion* es ilimitada y no parece que tenga tendencia natural á la curacion; pero resulta de los hechos que conocemos, que en el mayor número de casos puede triunfar de ella el tratamiento. ¿Termina por la muerte? Solo sabemos que se haya observado esta terminacion en el caso que cita Hipócrates, y en el que ha referido Pierquin (1); pero este último es el mismo que hemos mencionado antes de ahora, y cuyo diagnóstico ofrece dudas, y en el de Hipócrates no hay seguridad de que el enfermo no haya

(1) Véase Ravel, p. 186.

sucumbido de una enfermedad incidental sin relacion *directa* con la induracion, de modo que no podemos responder á esta pregunta de un modo positivo.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Resulta de lo que acabamos de decir que los datos que poseemos son completamente insuficientes relativamente á las lesiones anatómicas. En el caso que cita Pierquin, se dice tan solo que el tejido celular estaba blanco, compacto y duro como si hubiese estado comprimido, y que algunos vasos linfáticos habian adquirido un volúmen mas considerable que en el estado sano.

En dos casos que cita Haller (1) vemos una induracion de todo el tejido celular, de la piel, de los nervios, en una palabra, de todas las partes blandas. Estos hechos parecen probar que la enfermedad, despues de haber invadido la piel, puede afectar todos los demás tejidos. Por desgracia carecemos de observaciones detalladas, y permanecemos todavía en duda respecto á este punto.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El *diagnóstico* no ofrece verdadera dificultad, y por consiguiente es inútil entrar en grandes detalles. Solo queremos recordar que el esclerema es una enfermedad diferente de la afeccion de los recien nacidos, á la que se ha dado sin razon el mismo nombre, y que hemos descrito con el de *edema de los recien nacidos*. Me bastará para esto reproducir lo que decia en 1846 con motivo de la primera publicacion de Thirial (2).

«Segun este apreciable cólega, me habria equivocado sosteniendo con Billard y por medio de hechos particulares, mas esplícitos que los de este autor, que la enfermedad que nuestros

(1) *Opera omnia minora*, t. III, Lausana, 1768. *Opuscula pathologica*, obs. 62.
(2) *Arch. gén. de méd.* (*Bulletin*, *Corresp.*), 4.ª série, t. X, p. 365, marzo de 1846.

antecesores designaron con el nombre de esclerema presenta dos lesiones muy distintas, que no tienen ninguna relacion la una con la otra, y que por consiguiente deben separarse bien en el cuadro nosológico. En efecto, para mí existe por una parte una enfermedad caracterizada esencialmente por el edema, y por otra una alteracion del tejido adiposo, que se observa á veces en los niños que estan en la agonía, cualquiera que sea su enfermedad, y con mucha mas frecuencia en los cadáveres, pues esta alteracion no aparece hasta despues de la muerte.

»Thirial cita dos hechos para sostener su opinion. El primero se refiere á un recien nacido que en la clínica de Trousseau ha presentado el endurecimiento adiposo dos dias antes de morir. Pues bien, este hecho me parece que solo prueba una cosa, y es que esta lesion anatómica puede presentarse algun tiempo antes de la terminacion fatal de lo que generalmente se cree, á pesar de haberse observado ya un corto número de hechos del mismo género.

»El segundo pertenece á un adulto que ha presentado una induracion de las partes blandas, caso enteramente escepcional, y en el que no se halla enteramente ninguna semejanza con lo que se observa en los casos de edema de los recien nacidos. En efecto, en este caso hallamos una palidez suma, y los recien nacidos que padecen edema tienen un color rojo de heces de vino durante una gran parte de la enfermedad, y solo al fin se ponen pálidos. En la jóven que ha observado Thirial, la afeccion ha invadido primero el cuello, y la de los recien nacidos empieza por un edema de los pies, como todos los edemas generales. Pudiera señalar otras diferencias, pero prefiero sacar algunas razones convincentes del estudio del edema de los recien nacidos.

»Thirial quiere que esta enfermedad sea una induracion de la piel, que esta induracion de la piel sea el punto de partida de la afeccion, y que todas las demás alteraciones, lo mismo que los síntomas que les corresponden, sean solo sus consecuencias. Si asi fuese, apareceria primero esta induracion de la piel, luego el estorbo de la respiracion y de la circulacion, y por último el edema que, segun Thirial, no es mas que una complicacion. Pues para esto hay una esperiencia muy fácil de hacer, y es observar un niño enfermo durante todo el curso de la afeccion, y asi verá Thirial que en mas de la mitad de la enfermedad no

hay la menor lesion de la piel, y que este tegumento está en todo el cuerpo muy flexible y sumamente colorado, que se deja levantar, se desliza sobre las partes subyacentes, y en una palabra que no hay nada que se parezca al endurecimiento adiposo que los niños que padecen muguet, pulmonía, etc. presentan á veces en sus últimos momentos, lo mismo que cuando estan afectados de edema. En los pies, en las manos y quizá en las piernas, la piel está mas tirante, y por consiguiente es mas dificil hacerla deslizar sobre los tejidos subyacentes; pero es bastante fácil asegurarse de que esta tension depende del edema, pues basta para ello una simple inspeccion. Además, y esta observacion es capital, se hallarán despues de la muerte cierto número de partes enteramente libres de todo endurecimiento adiposo en los casos en que haya aparecido este endurecimiento como último fenómeno:»

En cuanto á la *naturaleza de la enfermedad*, no pueden hacerse mas que suposiciones. El profesor Forget, que le ha dado el nombre de *chorionitis*, se ha inclinado primero á considerarla como una inflamacion de la piel, pero solo con reserva ha emitido esta opinion, que no admiten los demás autores. Por consiguiente no insistiremos mas en esta cuestion hasta ahora irresoluble.

Pronóstico. Segun lo que dejamos dicho, la enfermedad es mucho menos grave de lo que pudiera creerse en vista de los síntomas y de la estension por lo comun considerable de la induracion. Suponiendo que los casos citados por Haller sean de la misma naturaleza que los que han servido para hacer la descripcion anterior, se puede admitir que la enfermedad adquiere un grado muy alto de gravedad cuando invade los órganos profundos, cuyo ejercicio debe estorbar naturalmente.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Poco tenemos que decir acerca del *tratamiento* de esta afeccion, porque los diversos medios que contra ella se han empleado lo han sido generalmente en casos aislados, de tal modo que de ellos no se pueden deducir conclusiones generales.

Apenas se han usado las *emisiones sanguíneas*, pues aun cuando en uno de los casos que cita Pierquin se ha aplicado un gran número de *sanguijuelas* (295 en treinta dias), ya hemos dicho antes de ahora que no está perfectamente demostrado que hubiese existido en este caso la enfermedad especial que nos ocupa. Mas rara vez aun se ha recurrido á la *sangría general;* pero al enfermo que observó Strambio se le sangró al principio de su afeccion, mas sin resultado.

Naturalmente se ha recurrido á los *sudoríficos*, que en general no han obtenido grandes ventajas. El doctor Cazenave, despues de haberlos empleado inútilmente, lo mismo que las *fumigaciones* con el *vapor de vinagre*, recurrió á las *fumigaciones sulfurosas*, y administró ciento veinte de estas consecutivamente, á beneficicio de las cuales no tardó en volver la menstruacion suprimida, se restableció por fin completamente, y el alivio siguió los progresos de su reaparicion.

Tambien se ha hecho uso de los *baños de vapor*, asi como de los *baños simples* y las *fricciones* y *unturas emolientes*, los *narcóticos*, los *fomentos*, y en general todo lo que tiende á suavizar la piel; pero los hechos prueban que estos medios son enteramente secundarios y que solo sirven como ayudantes.

Preparaciones mercuriales. En el mayor número de casos se ha recurrido á las preparaciones mercuriales tanto interior como esteriormente, y en algunos casos han obtenido un éxito completamente feliz, por ejemplo, en el hecho que refiere Strambio. Despues de un tratamiento en que el uso del *quermes* y las *fricciones con enjundia de gallina* solo habian logrado un alivio ligero, se han dado los *calomelanos* á la dosis de 60 centígramos (medio escrúpulo) hasta gramo y medio (30 granos) y aun 2 gramos (media dracma) en las veinte y cuatro horas; pronto apareció una erupcion general de *eczema hidrargírico* que Strambio tomó por una crísis, y el enfermo curó completamente. Por el contrario, en otros casos parece que el mercurio ha agravado la enfermedad, y asi se debe usar este medicamento con precaucion y vigilar atentamente sus efectos.

Emenagogos. Ya hemos dicho que la afeccion se presentaba á veces despues de la supresion de las reglas ó de una disminucion considerable de este flujo periódico, y que además en estos mismos casos coincidia el alivio con su reaparicion. Asi,

pues, se hallan formalmente indicados los emenagogos; pero no entraremos ahora en detalles respecto á su administracion, porque nada mas pudiéramos decir que lo que acerca de este punto hemos manifestado al hablar de la *amenorrea* y de la *dismenorrea* (véanse los artículos correspondientes á estas enfermedades).

Parece que los *purgantes* y los *diuréticos* han producido tambien buenos efectos en ciertos casos; pero basta esta indicacion, pues no son todavía suficientes las investigaciones respecto á este punto. Lo mismo decimos de la *medicacion alcalina*.

A esto se reduce todo cuanto tenemos que decir acerca del tratamiento de esta afeccion singular; pero es de esperar que segun se vayan multiplicando los hechos, tendremos sin duda datos mas exactos y mas completos.

CAPITULO IX.

SIFILIDES.

La historia de la *sifílides* ofrece un grandísimo interés, no solo porque encierra el diagnóstico por lo comun difícil de afecciones cutáneas que exigen un tratamiento enteramente especial, sino tambien porque está ligada con todas las grandes cuestiones que se han suscitado respecto á la sífilis constitucional. En efecto, las sifílides son una manifestacion que no puede engañar de esa sífilis que infecta toda la economía animal, y que los médicos tienen ocasion de observar con tanta frecuencia; asi creemos que antes de entrar en su descripcion conviene decir dos palabras de la sífilis en general, pues aun cuando no sea posible, en una obra de la naturaleza de esta, entrar en todos los detalles que requieren las numerosas y difíciles cuestiones que vamos á agitar, nos ha parecido que no careceria de utilidad el presentar un corto resúmen de los hechos principales.

ARTICULO I.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA SIFILIS.

Antes de entrar en detalles respecto al importante asunto de que vamos á ocuparnos, es preciso preguntar si realmente existe la sifilis. A primera vista parecerá ociosa esta cuestion, pero no deja de ofrecer su interés, puesto que algunos autores han negado la existencia de esta afeccion como enfermedad particular, atribuyendo los accidentes primitivos á lesiones de naturaleza no específica, y los secundarios y terciarios al uso del mercurio. Esta teoría se sostuvo en una memoria anónima publicada en 1811, y en 1826 la desarrolló A. J. L. Jourdan (1) acumulando pruebas en su favor. Mas hoy, que el uso del mercurio dirigido convenientemente, el del ioduro de potasio, y mas que todo el estudio mas detenido y mas completo de los accidentes primitivos y secundarios de la sifilis han dado nueva luz á la historia de esta enfermedad, ya no es posible dudar un solo instante de su existencia como afeccion especial, y asi no insistimos mas en este punto.

La segunda cuestion que se presenta es la siguiente: *¿Hay un virus sifilítico, y cuál es su naturaleza?* Si la sifilis es una afeccion especial, como acabamos de decir, no se puede dejar de admitir la existencia de un virus, que por otra parte la inoculacion, tantas veces practicada en estos últimos años, lo ha demostrado de un modo irrecusable. Además la existencia de este virus se halla hoy generalmente reconocida, y asi sería inútil toda discusion acerca de este punto. Respecto á la naturaleza de este virus, se ha renunciado á averiguarla en razon á haber sido infructuosas cuantas tentativas se han hecho con este objeto.

Pero hay otro punto que pertenece á esta cuestion y acerca del cuál dista mucho de haber la conformidad que hay en cuanto al anterior. *¿No hay mas que un solo virus sifilítico que dé orígen á todas las afecciones venéreas?*

(1) *Traité complet des malad. vénériennes;* Paris, 1826.

Antes de que Balfour, Ducan y Tode hubiesen tratado esta cuestion, apenas habia dudas acerca de esto, y toda enfermedad contraida por un coito impuro era una enfermedad sifilítica. Los autores que acabamos de citar hicieron algunas objeciones á este modo de considerar la afeccion, y Benjamin Bell separó completamente, bajo el punto de vista de la naturaleza de la enfermedad, la blenorragia de las úlceras sifilíticas, habiendo sido este autor el primero que demostró, entre otros hechos, que la inoculacion de la materia de la gonorrea nunca habia producido úlceras sifilíticas. Ricord ha defendido esta opinion en estos últimos años (1), y para él la blenorragia no es una enfermedad sifilítica, no se inocula, y aunque es cierto que algunas veces se ha visto producir una úlcera por la inoculacion del pus blenorrágico, esto consistia en que entonces existia otra úlcera sifilítica en el interior del conducto. Además Ricord no admite tampoco que los accidentes secundarios ó terciarios de la sifilis puedan suceder á una simple blenorragia, y cree que en los casos en que ha parecido que sucedia esto, ó bien habia existido una úlcera inaccesible á la esploracion, ó lo que es mas frecuente y de lo que se han citado numerosos ejemplos, es que habia habido una úlcera sifilítica en otra parte, como en el ano, en la boca ó en otro punto, lo cual es mucho mas raro.

Cazenave, que es el que entre los modernos (2) ha defendido con mas talento la opinion contraria, ha opuesto á los hechos citados por Ricord otros referidos por los autores que han visto á distintos sugetos contraer aisladamente úlceras ó blenorragias despues de haber comunicado con la misma muger, y sobre todo ha reunido un número considerable de hechos de que nos ocuparemos mas adelante, y en los cuales se han visto aparecer sifílides á pesar de no haberse hallado mas enfermedad antecedente que una blenorragia. Finalmente, se han citado casos, como ya lo dejamos dicho, en los cuales la inoculacion ha producido la pústula característica de la úlcera sifilítica sin haberse podido descubrir mas que una blenorragia.

(1) Véase *Traité des malad. vénériennes;* Paris, 1838.—*Notes au Traité de la siphilis* par J. Hunter; Paris, 1841.—*Leçons cliniques* (en diversos periódicos). *Lettres sur la siphilis* (*Union médicale,* 1850 y 1851).

(2) *Traité des siphilides;* Paris, 1843.

Vemos, pues, que esta cuestion presenta grandísimas dificultades. No me parece que los hechos de contagio opuestos á los de Ricord tengan un gran valor, pues basta leer las observaciones para ver que han sido recogidas con mucha ligereza. La circunstancia de reproducirse con frecuencia las sifílides despues de la existencia reconocida de una simple blenorragia tiene mas importancia, porque es difícil admitir que en el número considerable de casos de esta especie que se han observado, no haya uno solo que no sea un ejemplo de úlceras no vistas ó larvadas. Sin embargo, todavía esta no es una demostracion que no dé lugar á réplica, y los casos en que ha hallado Ricord vestigios de una úlcera endurecida que habia pasado desapercibida ó que se habia disimulado, son de tal naturaleza que deben hacer á los médicos muy circunspectos en sus juicios acerca de este punto, tanto mas cuanto que desde que se hacen con mas precision las esploraciones, van siendo sumamente raros los casos de supuesta blenorragia simple sifilítica, como lo ha demostrado el doctor Ricord (1).

Los hechos mas concluyentes en favor de la opinion de Cazenave son sin disputa aquellos en que, habiéndose practicado la inoculacion del pus blenorrágico, y habiendo buscado en vano y con cuidado la existencia de una úlcera, se ha desarrollado la pústula característica. La respuesta de Ricord á este argumento ha parecido insuficiente: dice que habia una úlcera larvada; pero le han respondido que precisamente lo que era necesario que demostrase era la existencia de esta úlcera larvada, en vez de invocarla como real y positiva. Hemos de convenir, no obstante, en que en los casos en que la investigacion ha sido completa, han venido los hechos á darle la razon.

Vemos, pues, que es muy difícil decidirse por uno ú otro de estos estremos, y asi nos contentaremos con advertir nuevamente que los casos dudosos van siendo cada vez mas raros, en lo que es preciso hacer justicia á la observacion mucho mas detenida de Ricord, que ha señalado las numerosas causas de error y ha hecho con esto un verdadero servicio á la ciencia.

Hay otra opinion que ha sostenido el doctor Baumes (2).

(1) *Lettres sur la siphilis* (*Union médicale*, marzo de 1850).

(2) *Précis théoriq. et prat. sur les malad. vénér.*; 1840.

Este autor cree que la blenorragia depende de un virus, lo mismo que la úlcera, pero que este virus es diferente del ulceroso, ó mas bien que hay dos grados de un mismo virus; que débil, ocasiona una blenorragia que se reproduce en seguida con sus caracteres propios; y mas intenso, da orígen á las úlceras sifilíticas. Pero como ya lo hemos hecho notar en otro trabajo (1), «los hechos de inoculacion y de contagio que ya hemos citado se oponen á que se admitan sin restriccion las conclusiones del doctor Baumes, y además hay que advertir, como lo ha hecho Cazenave, que en los casos en que aparecen sifílides, estas en nada se diferencian, ya hayan sido producidas por una blenorragia antecedente ó por una úlcera.»

Antes de entrar en la historia de la sífilis en general debemos añadir dos palabras á estas consideraciones y agitar la última cuestion. *¿La sífilis era una enfermedad desconocida de los antiguos, ó ha existido desde la mas remota antigüedad?* Cuando los navegantes españoles volvieron á Europa despues del descubrimiento de América, existia una verdadera epidemia sifilítica; este mal habia tomado la mayor estension, y era generalmente tan grave, que sembró el terror en las poblaciones. Hasta entonces solo se habian observado casos aislados de afecciones de las partes genitales ó de otros puntos del cuerpo que presentaban síntomas de aspecto sifilítico, y se habian referido á enfermedades comunes mas ó menos bien conocidas. Solo á la vista de un gran número de enfermos que tenian fenómenos semejantes y acusaban una misma causa, fue cuando los médicos pudieron apreciar el carácter específico de la afeccion y reconocer su orígen. Pero no por eso dejaban de existir estos casos aislados, y Cazenave los ha indicado de tal modo en su importante trabajo, que despues de leer su *Tratado de las sifílides*, apenas puede quedar duda de la existencia de la enfermedad en los tiempos antiguos. Este autor ha hallado indicios de ella en escritos de Hipócrates, de Galeno, de Avicena y de Albucasis, y ha encontrado las primeras descripciones satisfactorias en Miguel Scott, Gariopont, Rogerio de Parma y Guillermo de Salicet.

(1) *Revue des derniers travaux sur les malad. siphil.* (*Arch. gén. de méd.*, junio de 1843).

§. I.

DEFINICION Y SINONIMIA.

Hé aqui la definicion que da Ricord (1): «En la ignorancia en que nos hallamos respecto á la naturaleza del virus sifilítico, la definicion de la enfermedad no puede ser, dice, mas que un cuadro abreviado de sus principales síntomas. La sifilis es una afeccion que en la actualidad parece propia de la especie humana, pero no espontánea en ella. Dependiente de la accion de un virus que es su causa específica, *sine quâ non*, y fatalmente contagiosa en condiciones dadas, se desarrolla siempre en el punto en que ha obrado la causa, y produce diversos órdenes de accidentes: unos, *primitivos*, directos, aparecen en el mismo punto en que ha obrado la causa, y los otros, *sucesivos*, indirectos, parece que se fijan consecutivamente en puntos en que, infectando la economía, producen una *diátesis*, que despues de un tiempo determinado de incubacion da orígen inevitablemente á la manifestacion de accidentes que dividiremos en dos grupos: unos mas precoces, *accidentes secundarios*, y otros mas ó menos tardíos, *accidentes terciarios*, unos y otros no inoculables. La sifilis en sus diferentes fases necesita las mas veces una medicacion específica, ó cuando menos especial.»

Hemos querido dar esta definicion, sin alterarla en nada, porque ella resume la doctrina de Ricord: veamos ahora las reflexiones á que da lugar. Se habrá notado que Ricord deja en duda el orígen de la sifilis, pero que se decide por la no espontaneidad de su produccion en la actualidad, respecto á cuya última proposicion diremos que no es un hecho tan bien probado como parece creerlo Ricord. No hay duda de que en los casos que pasan á nuestra vista, fácilmente se encuentra el contagio; pero ¿qué pruebas hay de que en las condiciones de miseria, suciedad y desarreglo en que viven ciertos sugetos nunca pueda desarrollarse espontáneamente la enfermedad? Lo

(1) Véase Courtin, *Leçons cliniques de M. Ricord* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, setiembre de 1846).

cierto es, que asi ha sucedido en una época indeterminada; ¿por qué no se ha de reproducir el efecto en las mismas circunstancias?

Ricord admite sin ninguna duda el virus sifilítico y el contagio, pero solo cree posible este contagio, como ya lo hemos dicho antes de ahora, cuando existe una forma particular de la sifilis, la úlcera primitiva. Vemos que en seguida completa su pensamiento declarando que los accidentes secundarios y terciarios no son inoculables. No repetiremos lo que hemos dicho anteriormente respecto á la inoculabilidad esclusiva de la úlcera; y en cuanto á la no inoculabilidad de los accidentes secundarios y terciarios, tendremos ocasion de decir dos palabras mas adelante.

Queda un punto que ha dado motivo para una discusion bastante acalorada é interesante. En la definicion de Ricord vemos que los accidentes primitivos de la sifilis se desarrollan en el punto mismo en que ha obrado la causa, y que son necesarios estos accidentes primitivos para que haya infeccion. A esto se han hecho muchas objeciones; pero habiendo tratado esta cuestion en otro trabajo (1), nos contentaremos con reproducir el pasaje en que ha sido discutida. «La distincion entre los síntomas primitivos y secundarios, decíamos, aparece demasiado evidente en los hechos que pasan diariamente á nuestra vista, para que pueda quedar respecto á esto la menor sombra de duda; pero no todos los autores estan conformes acerca de lo que se llama el *período de incubacion.* Todos saben que los síntomas primitivos no aparecen inmediatamente despues del contagio, y que á veces trascurre un espacio de tiempo bastante largo entre el contacto infectante y la aparicion de sus resultados morbosos. ¿Qué sucede entonces? Muchos autores, y en particular Ricord, creen que los síntomas primitivos, la úlcera y las pústulas mucosas, son primeramente alteraciones locales, y que hasta despues de cierta duracion de estos síntomas no se absorve el virus de modo que produzca una infeccion general. Cazenave no participa de esta opinion, y segun este autor, hay primero absorcion general, absorcion misteriosa por vias que nos son desconocidas, pero cuya exis-

(1) *Memoria citada* (*Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 186).

tencia, dice, nos demuestran el raciocinio y la analogía. «Cuan»do á consecuencia del coito, dice Cazenave, se efectúa un »contacto infectante, no hay por un espacio de tiempo mas ó »menos largo ningun fenómeno apreciable, y este estado dura »hasta el momento en que se revela la enfermedad por sínto»mas esteriores, bien sea una úlcera, bien una blenorragia. Su»cede absolutamente lo mismo cuando se practica la inocula»cion; se cura la picadura y solo despues de cierto tiempo muy »variable es cuando aparecen en el punto contaminado lesio»nes que presentan un carácter especial..... Lo mismo pasa en »las viruelas durante todo el tiempo que separa la época de »la infeccion de la aparicion de los síntomas principales; igual »en la rabia, que se cura la herida producida por la morde»dura, y hasta mas tarde no sobrevienen los fenómenos que »dan á conocer la enfermedad. Finalmente, en todos estos ca»sos hay un período entre el momento del contagio y el de la »aparicion de los síntomas, en cuyo período no se observa »nada, absolutamente nada. Pues bien, hé aqui la incubacion, »y este carácter, comun á todas las afecciones virulentas, es »inseparable de la sifilis.»

«En cuanto á la evolucion pronta que se verifica á consecuencia de la inoculacion artificial en un sugeto en quien se habia presentado ya una úlcera, no puede servir para deducir, segun Cazenave, que la úlcera es una afeccion enteramente local, porque ya existe la afeccion general, y es muy natural que en cualquiera parte que se deposite el pus virulento obre sin tardanza, puesto que entonces todas las partes del cuerpo se hallan en las condiciones necesarias para el desarrollo de la úlcera. Finalmente y como última prueba, aduce Cazenave la existencia inmediata de los bubones, de lo cual ha citado ejemplos, y acerca de lo que ha hecho recientemente Castelnau, investigaciones sumamente interesantes.»

Es muy difícil decidirse en semejante cuestion, y sin embargo seria de gran utilidad saber de un modo positivo á qué atenerse, puesto que segun se adopte una de las dos opiniones, la que sostiene Ricord ó la de Cazenave, asi se usará un tratamiento muy diferente. En efecto, con el primero nos limitaremos á tratar los síntomas locales primitivos, esperando que se hayan declarado los principales accidentes secundarios

para obrar sobre la economía entera, ó á lo menos á que la induracion de la úlcera haya venido á anunciar la existencia de esta afeccion; por el contrario, con el segundo debemos considerar á todos los accidentes primitivos, incluso la blenorragia, como la espresion de una infeccion general, y someter á los que los presenten á un tratamiento mercurial.

Diremos, sí, que las pruebas que aduce Cazenave no nos parecen exentas de toda objecion, y sobre todo que no se halla perfectamente probado que un tratamiento general, administrado durante el curso de los accidentes primitivos, preserve de los secundarios. No hay duda de que Cazenave al estudiar las *sifílides* ha reunido cierto número de casos en los que han aparecido estas en sugetos que no habian usado un tratamiento mercurial ó que habian sido sometidos á uno insuficiente; pero nada hay de sorprendente en esto, siendo tan grande el número de individuos que se hallan en estas condiciones, y asi seria preciso que pudiésemos obtener el comprobante de estos hechos, es decir, que se nos presentase un número bastante considerable de casos en que habiendo administrado un tratamiento mercurial no hubiesen aparecido los síntomas secundarios, y respecto á este punto no poseemos todavía los informes suficientes. Estas consideraciones son mucho mas aplicables á la blenorragia que á la úlcera, porque se concibe fácilmente que nos inclinemos mas bien á recurrir al tratamiento mercurial, siendo un hecho evidente para todo el mundo la produccion de los síntomas secundarios despues de la úlcecera primitiva. Creemos, pues, que se debe admitir la opinion de Ricord, y ya nos hemos esplicado respecto á este punto al hablar de la úlcera sifilítica (véase el artículo *Ulcera sifilítica.*)

Se han dado muchos nombres á la sífilis, y asi se la ha designado con la denominacion de *lues venerea*, *pudendagra*, *mentulagra*, *lues syphilitica*, *morbus venereus*, y segun que se ha acusado á tal ó cual pueblo de haber sido el primero á propagarla, asi se le han dado los nombres de *mal napolitano*, *gálico*, *americano*, *español*, etc., etc.

§. II.

SÍNTOMAS.

Claro está que no debemos ocuparnos en este artículo de describir los *síntomas* de la sífilis, y sí limitarnos tan solo á dar á conocer los diversos grupos de síntomas que se presentan en las diversas épocas de la enfermedad, y á presentar algunas consideraciones generales acerca de ellos.

Antes de ahora solo se conocian los síntomas primitivos resultado del contagio, y los consecutivos dependientes de la invasion del virus á toda la economía. Ricord ha indicado tres grupos de síntomas, y asi no solo admite síntomas primitivos y secundarios, sino que tambien distingue entre estos últimos unos que se presentan mas tarde que los otros y que tienen algunos caracteres particulares, por lo que este autor establece la division siguiente: 1.° accidentes primitivos; 2.° accidentes secundarios, y 3.° accidentes terciarios.

En la actualidad se halla generalmente adoptada esta division de Ricord, y la creemos demasiado bien fundada en la observacion de los hechos para no seguirla. Unicamente se halla cierto número de accidentes sifilíticos que todavía no han podido colocarse en ninguna de estas categorías. No pueden formar parte de los accidentes primitivos, porque al menos en la gran mayoría de casos no resultan directamente del contagio. Tampoco pueden incluirse entre los accidentes secundarios, puesto que aparecen muy pronto despues de la manifestacion de los síntomas primitivos, y que algunos de entre ellos no son mas, segun las investigaciones modernas, que simples trasformaciones de ciertos síntomas primitivos, y asi Ricord ha hecho de ellos un grupo intermedio bajo el nombre de *síntomas sucesivos*. Vamos ahora á echar una rápida ojeada sobre èstos diferentes grupos.

1.° *Síntomas primitivos*. Repetimos que todo cuanto debiamos estudiar en este tomo lo hemos hecho en los tomos anteriores, y asi bastará que digamos aqui que estos síntomas primitivos consisten únicamente, para algunos autores, en las diferentes

especies de úlceras sifilíticas, y que otros colocan entre ellos la blenorragia.

2.° *Síntomas sucesivos ó intermedios, de transicion.* Entre estos síntomas se incluye el *bubon*, que es una consecuencia directa de los fenómenos primitivos, y principalmente de la úlcera. Sin embargo, no todos estan perfectamente de acuerdo acerca de este punto, y muchos autores admiten la existencia de *bubones repentinos* (1). En semejante caso el bubon seria un síntoma primitivo, y por lo tanto no debo ocuparme de esta afeccion; únicamente me limitaré á añadir que Ricord niega completamente la existencia del bubon repentino. Vienen en seguida la *linfangitis* y los *accesos virulentos*. En cuanto á las *pústulas mucosas* y á las *pústulas aplastadas*, ¿deberemos considerarlas como un síntoma intermedio ó incluirla, como hace Cazenave, entre las sifílides, es decir, entre los síntomas secundarios? No lo puedo resolver en este lugar, pues siendo en efecto las pústulas mucosas un síntoma sifilítico demasiado importante para no tratarle por separado, deberé esplicarme sobre este punto en el artículo siguiente, en el que haré brevemente su historia.

3.° *Síntomas secundarios.* Los síntomas secundarios se manifiestan algun tiempo despues de los síntomas primitivos. Este tiempo varía mucho, y en efecto es de muchos años ó de algunos dias, segun los casos. Se han visto síntomas secundarios que no han aparecido hasta despues de diez, veinte, treinta y mas años. Estos síntomas son: la *induracion de la úlcera* y del bubon, el infarto de los ganglios inguinales y cervicales, las *sifílides*, de que hablaré mas adelante, las diversas alteraciones de la boca, de la faringe, de la laringe, de las fosas nasales, de la vagina, etc., de que he hablado ya, las *ragades*, las *vegetaciones*, la *iritis*, la *alopecia* y los *dolores neurálgicos venéreos*, de los cuales no debo ocuparme de un modo especial.

4.° *Síntomas terciarios.* Cuando el desarrollo de la sífilis es regular, estos aparecen mas ó menos tiempo despues de los síntomas secundarios. Hé aqui la enumeracion que hacen los autores del *Compendio de medicina práctica* (2): 1.° Lesiones de

(1) Véase sobre este asunto un artículo de Castelnau, en los *Arch. gén. de méd.*, 3.ª série, t. XV, p. 420.

(2) Artículo *Sífilis*.

los tejidos fibrosos y huesosos (perióstosis, exóstosis, necrosis y caries); 2.° tumores gomosos, subcutáneos, submucosos ó intermusculares; 3.° lesiones del sistema muscular (convulsiones, retracciones, rigidez y parálisis): el doctor Boisson (1) ha visto *tumores* formados por el derrame de una linfa plástica agrisada, aparecer como síntoma terciario de la sifilis en los diferentes músculos del cuerpo sin esceptuar los de la lengua y los de los labios; el tratamiento es el de los síntomas terciarios de la sifilis; 4.° lesiones de la sensibilidad (dolores musculares y osteocopos, jaqueca, amaurosis, dispepsia); 5.° sarcocele sifilítico, y 6.° caquexia sifilítica (enflaquecimiento, atrofia general y tisis).

El doctor Schutzenberger (2) ha visto presentarse *síntomas cerebrales* graves en casos de sifilis constitucional, y consistian en vértigos, temblores, convulsiones epileptiformes y debilidad en uno ó mas miembros. En los casos citados por este autor, el ioduro de potasio hizo desaparecer prontamente estos accidentes.

Todavía se pudieran hacer algunas objeciones á esta division, y preguntar, por ejemplo, por qué razon se ha incluido la neuralgia sifilítica entre los accidentes secundarios, al paso que la jaqueca lo ha sido entre los accidentes terciarios; pero no se puede dejar de convenir en que este modo de agrupar los síntomas no es el mas satisfactorio.

¿Deberé describir ahora separadamente todos estos síntomas? No lo creo. En efecto, basta haberlos indicado para que se pueda comprender fácilmente lo que tenemos que esponer acerca del tratamiento de la sifilis en general.

Pero no puedo pasar adelante sin decir alguna cosa acerca del órden de sucesion de estos diversos síntomas. El que acaba de indicase es el de la sifilis que sigue un curso regular. Efectivamente, se ha visto que asi sucedia en bastantes casos para establecer sólidamente la regla; pero examinando despues los diferentes hechos que se han presentado á la observacion, se ha visto que faltan algunas veces los síntomas secundarios y aparecen los terciarios; por el contrario, otras veces se ha ob-

(1) *Gazette médicale de Paris*, julio y agosto de 1846.
(2) *Gazette méd. de Strasbourg*, marzo de 1850.

servado que la enfermedad se detenia en los síntomas secundarios, y por último, todos saben que los síntomas primitivos existen muchas veces solos, y que en un enfermo convenientemente tratado se puede impedir la aparicion de ciertos síntomas sucesivos sin preservarlos por eso de los síntomas secundarios y terciarios. Cuando he hablado de la úlcera sifilítica primitiva (1), he dado á conocer la opinion de Ricord respecto á la úlcera endurecida ó hunteriana, por lo cual nada tengo que decir aqui sobre este punto.

Sifilis de los niños. Resulta de las observaciones de Trousseau y Lasegue (2), que la *sifilis de los niños* casi nunca se manifiesta en el momento de nacer, y que no hay una sucesion regular en el órden de aparicion de sus diversos síntomas. Todas las formas de la sifilis constitucional se presentan tanto en los niños como en los adultos, y la afeccion es en ellos mucho mas grave y frecuentemente mortal.

No creo debo tratar en general del *diagnóstico* de la sifilis. Por medio de cada síntoma importante debemos procurar distinguir la afeccion especial de todas las demás. Esto es lo que he hecho en muchos de los artículos precedentes, y lo que me queda todavía por hacer respecto de algunos accidentes sifilíticos; las mismas reflexiones se aplican al *pronóstico*.

§. III.

TRATAMIENTO.

Muy poco es lo que tengo que decir acerca del *tratamiento* de la sifilis en general. En efecto, en la práctica no se saca gran ventaja de las consideraciones que no se aplican á un estado bien determinado. Me contentaré, pues, con indicar algunas medicaciones específicas, que si bien las vamos á volver á encontrar cuando presentemos la historia de las sifilides, conviene decir algunas generalides acerca de ellas.

Hablaré primero del *tratamiento mercurial* que ha hecho tan inmensos servicios, y que sin embargo ha encontrado muchos

(1) Véase el artículo ULCERA SIFILITICA.

(2) *De la syphilis constitutionnelle des enfans du premier âge* (*Arch. gén. de méd.*, octubre de 1847).

adversarios. Es evidente en el dia, para los que no estan preocupados, que el tratamiento mercurial es el principal en la curacion de la sifilis. No cabe duda de que se ha abusado mucho de él, pero casi siempre ha debido atribuirse á la ignorancia ó á una estremada imprudencia los funestos resultados de su uso. Acusar al tratamiento mercurial de producir los accidentes secundarios y terciarios que observamos en la sifilis, es desconocer los resultados de la mas simple observacion. La verdad es que cuando se administra inconsideradamente el mercurio ocasiona graves desórdenes, y vemos sobrevenir fenómenos que tienen bastante semejanza con los que produce la sifilis; pero desde luego es falso que estos fenómenos sean completamente idénticos, y en segundo lugar esta es una objecion que carece de valor, puesto que se ven desarrollar estos accidentes consecutivos en muchos enfermos que no han tomado mercurio. Por otra parte, es seguro que en ciertas circunstancias el mercurio es insuficiente para curar la sifilis; ¿pero no sucede lo mismo respecto de otros medicamentos cuya eficacia no se ha puesto en duda, como por ejemplo, el sulfato de quinina? No insisto mas en esta cuestion cuya resolucion no es dudosa para la mayor parte de los prácticos, y que los sofismas no han podido oscurecer.

Seria inútil tratar aqui de las diversas aplicaciones del tratamiento mercurial, pues ya hablaremos de ellas en los artículos siguientes al ocuparnos de las diversas sifílides, como se ha hecho respecto de otros síntomas venéreos descritos en los artículos precedentes. Pero como acabo de decir, el tratamiento mercurial es algunas veces insuficiente. En semejante caso se ha recurrido á otros medios de los cuales los mas principales son: los *sudoríficos*, el *ioduro de potasio*, el *ioduro de hierro*, las *tisanas de Feltz*, *de Arnoud*, los *cocimientos de Zittmann* y de *Pollini*. Entre estos diversos medios no hay ninguno que haya producido mas y mejores resultados que el *ioduro de potasio*. Solo hace algunos años que este medicamento está en boga, y ya se ha hecho familiar á la generalidad de los médicos: es sabido que puede administrarse á la dosis de 50 centígramos (10 granos) hasta 1, 2 y 4 gramos (18 granos, media y una dracma), y que bajo su influencia se ven ordinariamente desaparecer con rapidez exóstosis voluminosas y antiguas, y cicatrizarse úl-

ceras considerables. Basta por ahora esta indicacion general, pues ya encontraré mas adelante ocasion de entrar en mas pormenores.

El doctor Gauthier (1) no ha podido conseguir la cicatrizacion de úlceras sifilíticas antiguas y acompañadas de accidentes graves, sino elevando las dosis del ioduro de potasio hasta 8 gramos (2 dracmas) al dia.

Se ha querido sustituir el bromuro al ioduro de potasio; pero las investigaciones de Ibuete (2) han demostrado no solo la inferioridad del bromuro sino tambien su ineficacia.

Por lo que acabo de decir no se ha de inferir que en el tratamiento de la sifilis se debe obrar á la ventura y empezar siempre por el tratamiento mercurial para pasar en seguida á otros medios si no se obtiene ningun resultado. La esperiencia nos ha enseñado que en ciertos casos dados, tal medicamento produce mejores efectos que otro. Asi pues, en las exóstosis y en las anginas ulcerosas, el ioduro de potasio obra con mas prontitud y certeza que el mercurio, al paso que en las afecciones cutáneas sifilíticas, las sifilides propiamente dichas, el mercurio tiene una eficacia indisputable, y el ioduro de potasio queda las mas veces sin efecto. Estos son hechos que es preciso no ignorar, si no queremos esponernos á tantos peligros.

Cuando la sifilis es inveterada, el doctor Michel (3), de Aviñon, asocia el *agua de brea* al ioduro de potasio. Este autor cree que esta asociacion evita todos los accidentes que puede tener el ioduro y hace su accion mas segura, y para probarlo cita algunos casos en que esta medicacion tuvo un resultado completamente feliz. Hé aqui como la dirige: «administro, dice, el ioduro de potasio á la dosis de 25 centígramos (5 granos) al dia, en una solucion de 30 gramos (una onza) de agua de brea, ó igual cantidad de cocimiento de yemas de abeto del Norte endulzada con jarabe de goma ó de culantrillo, que hago tomar á cucharadas en las venticuatro horas. Algunas personas soportan con dificultad el olor y gusto de la brea; pero una vez vencida la primera repugnancia se habitúan fácilmente á ella. Basta solo suspender su uso durante algunos dias si el enfermo esperi-

(1) *Journal de méd. de Lyon*, diciembre de 1840.
(2) *Gazette médicale de Paris*, junio de 1850.
(3) *Bull. gén. de thérap.*, 25 y 30 de julio de 1847.

menta al principio algunas incomodidades, tales como vómito ó diarrea, lo que por lo demás no debe inspirar ningun temor. A los quince dias aumento la dosis de esta sal á 50 centígramos (10 granos), y al fin del mes á 75 centígramos (15 granos); y por último, al mes y medio llego hasta dar un gramo (20 granos) al dia, de la cual ya no paso, continuando asi hasta completar la curacion, desaprobando estas altas dosis periódicamente crecientes que no estan exentas de peligro.»

Para evitar los accidentes que resultan del tratamiento mercurial, Bretonneau (1) propone abreviarle y completarle con el uso de la dulcamara de la manera siguiente:

«Se hace tomar al enfermo diariamente por espacio de ocho dias un cocimiento de 8 gramos (2 dracmas) de *dulcamara*, tomada en el intervalo de las comidas, sin que haya necesidad de cambiar nada en el régimen. Al octavo dia se prescriben 16 gramos (media onza) para este cocimiento, y se continúa administrando la misma dosis durante otros ocho dias. Asi se aumenta cada semana 8 gramos la cantidad de la dulcamara, hasta que se llega á 40 gramos (10 dracmas) al dia, que se continúa igualmente por el mismo espacio de tiempo. Entonces el tratamiento ha durado ya seis semanas. Luego se disminuyen sucesivamente las dosis en la misma proporcion que se han aumentado, es decir, 8 gramos (2 dracmas) por semana, y el enfermo vuelve asi á no tomar mas que 8 gramos de dulcamara al dia; de suerte que terminado este periodo se ha completado el tratamiento.

»Cuando se ha llegado á poner la cantidad de 40 gramos (10 dracmas) de dulcamara en el cocimiento, por litro (2 cuartillos) de agua, produce ordinariamente desvanecimientos y algunos trastornos en las ideas, y estos fenómenos indican que conviene detenerse y disminuir progresivamente la dosis de la dulcamara.»

Para remediar los accidentes ocasionados por el mercurio, se ha empleado tambien el *opio á altas dosis* y la *dieta seca* ó *dieta arábiga*: esta última medicacion merece que digamos de ella dos palabras.

Para dar una idea mas exacta de este tratamiento, no puedo hacer otra cosa mejor que copiar la siguiente análisis de una

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 y 30 de setiembre de 1847.

memoria interesante sobre esta materia debida al doctor Tribes (1).

«*Dieta seca* ó *dieta arábiga*. Se ha convenido generalmente en distinguir dos dietas secas: la una en la que entra el mercurio, y la otra en la que este específico no desempeña ningun papel. Esta última produce buenos resultados en sugetos aniquilados por haber sufrido varios tratamientos mercuriales completos, pero ineficaces. Sus buenos resultados se observan tambien en las afecciones antiguas reumáticas, escrofulosas ó gotosas, en los herpes inveterados, en las sarnas antiguas que nada ha podido disipar, en los casos en que no se sabe cuál es la causa que sostiene una enfermedad local, cuando existe una caquexia que sostiene úlceras ó llagas que se resisten á todo, y finalmente en muchas afecciones crónicas que hacen desesperar á los médicos.

»La variedad del tratamiento en que entra el mercurio y que se emplea en las sifilis rebeldes, se compone de una opiata, de una tisana sudorífica, de un régimen particular y píldoras. La administracion ó no administracion de estas píldoras es lo que constituye la diferencia de estas dos dietas secas.

Fórmula de las píldoras arábigas.

℞	Mercurio vivo puro..........	āā 2 gram. (ʒß)
	Sublimado..................	
	Sen........................	āā 4 gram. (ʒj)
	Agárico....................	
	Miel.......................	C. S.

»Se reducen á polvo impalpable las sustancias vegetales; se estingue el mercurio vivo lo mejor posible con el sublimado y despues con la miel, y se hace una masa pilular que se divide en píldoras de 20 centígramos (4 granos). Se toman dos de estas píldoras al dia.

Fórmula de la opiata arábiga.

℞	Zarzaparrilla................	150 gram. (℥v)
	China........................	90 gram. (℥iij)
	Clavo de especia.............	4 gram. (ʒj)
	Cáscara de nuez tostada.......	30 gram. (℥j)
	Miel.........................	C. S.

(1) *Du traitement arabique ou diète sèche, mémoire lu devant la Société de médecine du Gard* (extr. en el *Journal des conn. méd.-chir.*, diciembre de 1845).

»Se toman de 8 á 16 gramos (de 2 á 4 dracmas) por mañana y tarde.

»Para bebida se concede al enfermo un litro ó dos (de 2 á 4 cuartillos) al dia de tisana de zarzaparrilla, de china ó de guayaco.

»El régimen á que debe el tratamiento su nombre de *dieta seca*, consiste solo en galletas, pasas, nueces, ciruelas, higos secos y almendras tostadas. Se proscriben enteramente los alimentos comunes.

»Segun parece, los enfermos no soportan tan mal este régigimen como pudiera creerse: al principio su apetito se hace voraz, luego disminuye al cabo de algun tiempo, y entonces empieza la impaciencia y el deseo de ver cesar la monotonía de esta alimentacion. Sin embargo, los enfermos admirados, dice el autor, de los resultados que han obtenido, se muestran dóciles hasta el fin del tratamiento, que varía de treinta á cincuenta dias.

»Se empieza por hacer tomar cada mañana una píldora con un vaso de tisana sudorífica; en seguida una hora despues se toma la opiata con un segundo vaso de tisana, y lo mismo se hace por la tarde. El resto de la tisana se toma en el resto del dia durante ó despues de las comidas.

»En el espacio de cuatro años que Tribes ha sido testigo del uso cotidiano del tratamiento arábigo en el hospital de Aix, nunca ha visto un solo caso de salivacion. Es verdad que algunos médicos la han observado en la práctica civil, pero era muy poca cosa en comparacion de las salivaciones ordinarias. La dieta seca parece modificar profundamente las glándulas salivales.

»Las análisis químicas rigurosamente hechas esplican hasta cierto punto, dice el autor, la inocencia de las píldoras arábigas, en las que parece hallarse el sublimado en dosis tan considerable. En efecto, á causa de la mezcla íntima del mercurio vivo y del sublimado corrosivo, este último esperimenta una descomposicion, de suerte que despues de ella no hay ni mercurio natural ni sublimado corrosivo, sino un compuesto merrial nuevo que goza en alto grado de la propiedad antisifilítica.

»El autor no recomienda el tratamiento arábigo como un método usual, porque habria pocos enfermos que quisiesen so-

meterse á él; pero si la economía se halla profundamente alterada, si hay lesiones profundas en la faringe, en las amígdalas, en los pilares del velo del paladar, si está necrosada y cariada la bóveda palatina, si hay ocena ó existen úlceras en la piel, y sobre todo si estos fenómenos se han resistido á los tratamientos ordinarios, entonces es cuando conviene recurrir al tratamiento arábigo, que en concepto del autor es el mas seguro y eficaz, y frecuentemente, añade, habrá motivo para admirarse de sus felices resultados.

»Este método curativo, sin mercurio, da igualmente resultados sorprendentes, con especialidad en las afecciones graves de la piel.»

Segun Mialhe (1), al sublimado corrosivo es al que se debe atribuir la accion medicinal del tratamiento arábigo en la sifilis.

No conocemos suficientemente los hechos para fallar definitivamente acerca del valor de este tratamiento, que sin embargo ha sido recomendado por muchos médicos, y especialmente por Payan. Lo que sé es que necesariamente debe ser muy difícil seguirle hasta el fin, y que es menester que los enfermos esten profundamente convencidos de su eficacia, junto con la esperiencia de la ineficacia de los demás medios, para que perseveren en él. Por lo demás se concibe muy bien que casi no se le puede propinar sino en los casos mas rebeldes.

ARTICULO II.

PLACAS MUCOSAS.

Ya he dicho al tratar de los síntomas secundarios que hay uno que merece una descripcion particular, y es el constituido por las *placas mucosas*. Segun muchos autores recomendables, este síntoma es unas veces primitivo y otras secundario; pero resulta de las investigaciones mas recientes, y en particular de las consignadas en un interesante trabajo debido á Davasse y Deville (2), que se le debe incluir entre los síntomas

(1) *Note sur le traitement arabique contre la syphilis* (*Union médicale*, 19 de enero de 1847).

(2) *Des plaques muqueuses* (*Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1845, t. IX y X).

secundarios; porque si en algunos casos se han visto sobrevenir las placas mucosas en los primeros dias de la infeccion, estos casos son muy raros, y por otra parte las placas se suceden las mas veces á las úlceras, no se inoculan y son frecuentemente el signo de una sifilis hereditaria; esto es lo que me ha inducido á presentar aqui su historia.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La *definicion* siguiente, propuesta por Davasse y Deville, merece en mi concepto adoptarse: «Entendemos, dicen, con nombre de *placa mucosa*, un síntoma sifilítico particular, caracterizado por elevaciones mas ó menos rosadas, de una forma con bastante frecuencia redondeada, cubiertas por una superficie que se asemeja bastante á una membrana mucosa situada en las inmediaciones de las aberturas naturales, sobre todo alrededor de los órganos genitales y del ano sobre las mucosas bucal y faríngea, y algunas veces en otras partes del cuerpo, y mas particularmente en la base de las uñas y donde la piel forma naturalmente pliegues aplicándose sobre sí misma.»

A este síntoma sifilítico se le han dado gran número de nombres diversos, y entre otros citaré los siguientes: *pústula mucosa*, *pústula aplastada*, *tubérculo mucoso*, *tubérculo aplastado*, *pápula mucosa*, *sifílide mucosa* y *sifílide tuberculosa*. Deville y Davasse han criticado estas diversas denominaciones, y han preferido la de placas mucosas que nada prejuzga acerca del carácter de la enfermedad, razon por la cual tambien yo la he adoptado.

«De todas las espresiones sintomáticas de la sifilis constitucional, ninguna, dicen los autores que acabo de citar, puede compararse á las placas mucosas bajo el aspecto de la *frecuencia*.» Esta proposicion no puede, sin embargo, mirarse como exacta sino cuando se considera la sifilis en la muger. En efecto, Deville y Davasse nos enseñan que en el sexo femenino han encontrado placas mucosas en mas de la mitad de las enfermas; pero todos saben que los hombres estan mucho menos espuestos á ellas.

La indicacion del asiento de la enfermedad está bastante espresada en la definicion, por lo cual no volveré á hablar de ella aqui.

§. II.

SÍNTOMAS.

Las investigaciones de Deville y Davasse, que deberé citar á cada instante, nos dan á conocer el modo con que se desarrollan las placas mucosas. Estos autores designan los fenómenos que entonces se presentan con el nombre de *evolucion*.

Han observado que las placas mucosas se desarrollan de dos maneras: «Tan pronto dicen, nacen de una úlcera de la que son, como dice Ricord, la *transformatio in situ*, como se forman inmediatamente sobre superficies sanas;» de donde resultan los síntomas siguientes:

Trasformacion de la úlcera venérea en placas mucosas. Esta trasformacion se verifica de los quince á los cuarenta ó cincuenta dias. La superficie de la úlcera, de agrisada que era, se vuelve amamelonada y roja de la circunferencia al centro. El círculo inflamatorio toma un color mas oscuro, se ensancha, se hincha, se pone saliente y se cubre de una película. Mas adelante es invadido el centro mismo de la úlcera, y de aqui resulta la prominencia granulosa, irregular, cubierta enteramente de la película membraniforme que constituye la placa mucosa que ha llegado al último término de su desarrollo.»

Desarrollo espontáneo. Este no ha sido estudiado como el anterior. Todo hace creer que en semejante caso la placa mucosa llega prontamente á su mas alto grado; esto es á lo menos lo que nos hallamos inducidos á admitir cuando se ve en algunos casos que aparecen numerosas y anchas placas muy pocos dias despues de la infeccion primitiva.

Caracteres generales de las placas mucosas. Me parece conveniente describir en pocas palabras estas placas que generalmente son muy fáciles de conocer. Son *prominentes*, ordinariamente redondeadas, algunas veces elípticas ó irregulares; tienen una *estension* que varía entre 2 milímetros (1 línea) y 2 centímetros (10 líneas); su prominencia es de 2 á 5 milímetros (1 á 2 $1/2$ líneas). Su superficie es plana y á veces ligeramente convexa.

Su *color* varía del rosa al violado oscuro. Las placas mucosas estan ordinariamente cubiertas de una *película* delgada, fina y blanda, de aspecto mucoso, de donde las viene el nombre que se les ha dado. En los casos poco frecuentes en que falta esta película, la superficie es *granulada.*

Tan pronto los *bordes* de la placa son prominentes y limpiamente recortados, como se deprimen insensiblemente hácia la piel ó estan enteramente vueltos.

La *consistencia* de las placas es blanduja y segregan un líquido glutinoso, denso, de olor fuerte *sui generis*, y aun algunas veces un liquido puriforme, en cuyo caso las partes inmediatas inflamadas presentan una secrecion análoga; por el contrario, otras veces está seca la superficie de las placas.

No es raro ver que las placas mucosas producen *comezones* á veces muy vivas, y en cuanto á su número no puede haber cosa mas variable, puestó que algunas veces no se ve mas que una sola, y que ciertos enfermos presentan mas de ciento.

Tales son los caracteres de las placas mucosas; pero hay cierto número de variedades que importa señalar.

Variedades. No haré mas que mencionar la *erupcion discreta* y la *erupcion confluente;* estas espresiones bastan por sí solas para comprender cuáles son los caracteres de estas variedades. Algunas veces presentan las manchas una ulceracion irregular, agrisada, mas ó menos profunda que segrega un pus fétido y constituyen la variedad designada con el nombre de *placa ulcerada.* Si la placa se cubre de una falsa membrana agrisada, se le da el nombre de *placa difterítica.* Si se desarrollan vegetaciones en la superficie de la placa, existe la *placa vegetante.* Los *condilomas* y las *ragades* no son por sí mismos otra cosa que placas mucosas situadas alrededor del ano, prominentes (condilomas) ó ulcerados (ragades), y en este último caso dan lugar á síntomas análogos á los que produce la *grieta del ano.*

Las *placas de la piel de la cabeza que está cubierta de cabellos* ofrecen de notable que el líquido que segregan aglutina los cabellos.

En los *miembros*, el *tronco* y las *mejillas* se cubren de costras amarillentas y trasparentes; en las comisuras de los labios son ligeramente granulosas; en la *lengua* son agrisadas ó de co-

lor rojo sucio; en las *amígdalas* y en el *velo del paladar* tienen un color blanco agrisado y se cubren con mas frecuencia que en cualquiera otro punto de una exudacion plástica. Entre la base de los *dedos del pie* se asemejan bastante á las ragades. En algunas ocasiones se ha visto que las placas mucosas ocupan todos los puntos del cuerpo, y Cazenave ha citado casos notables de esta *erupcion general.*

§. III.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Los doctores Davasse y Deville (1) son los que han hecho mejores estudios sobre el curso, duracion y las diversas terminaciones de las placas mucosas. Resulta de sus investigaciones que despues de haberse desarrollado estas placas, como hemos dicho mas arriba, si se las deja abandonadas á sí mismas, permanecen estacionarias durante un tiempo indeterminado, y despues acaban por desaparecer espontáneamente.

La *duracion* en semejante caso varía de quince dias á muchos meses. El tratamiento mercurial tiene por resultado disminuir mucho esta duracion. La *terminacion* favorable se produce por la desecacion y la marchitez de las placas; pero es de advertir que no se ha concluido la enfermedad aun cuando ha desaparecido. En efecto, por una parte sobrevienen recidivas, si se ha empleado otro tratamiento que el mercurial, y sobre todo si se ha descuidado todo tratamiento; y por otra parte es de temer que se presenten mas adelante síntomas terciarios. Cuando las placas mucosas se han ulcerado, quedan algunas veces pequeñas cicatrices.

§. IV.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Tambien debemos tomar de Davasse y Deville (2) los detalles del *diagnóstico*. Sin embargo, no entraré sobre este punto en grandes pormenores, porque como hacen notar estos dos auto-

(1) *Lug. cit.*, 4.ª série, 1845, t. IV.
(2) *Lug. cit.*, 4.ª série, 1846, t. X, p. 313.

res, basta haber observado una vez placas mucosas para no confundirlas casi nunca con ningun otro síntoma sifilítico, lo que prueba que tienen caracteres distintivos muy marcados.

La *úlcera indurada* es mucho mas frecuente en los hombres que en las mugeres, al paso que se verifica lo contrario en la placa mucosa: esta está habitualmente blanda, y nunca tiene la dureza característica de la úlcera con induracion; tiene su superficie ligeramente convexa, y está cubierta ordinariamente de una película fina y de color de rosa; la úlcera sifilítica es cóncava, de bordes salientes, sin película y agrisada.

Las *pápulas sifilíticas* solo tienen una remota semejanza con las placas mucosas; no dan ninguna secrecion, no tienen película mucosa, y presentan una descamacion cuyos signos son suficientes.

Ahora me contentaré con añadir que las alteraciones descritas con el nombre de *tubérculos sifilíticos* no son otra cosa que las mismas placas mucosas. En cuanto á las *vegetaciones*, á la *grieta en el ano*, al *eczema*, á la *estomatitis mercurial*, á la *angina simple*, etc., estas lesiones se diferencian demasiado de las placas mucosas para que se deba hacer otra cosa que mencionarlas: decimos solamente que lo que puede dificultar el diagnóstico es la mezcla de estas diversas afecciones. El médico debe acudir entonces á los antecedentes, pesar todas las circunstancias concomitantes, á saber: si ha habido úlceras, etc., etc., porque por medio de un estudio atento del curso y sucesion de los síntomas, es casi seguro que llegue fácilmente á formar el diagnóstico.

Pronóstico. Como hemos visto mas arriba, las placas mucosas sifilíticas no ofrecen por sí mismas ningun peligro; pero son el indicio de una infeccion general, y solo bajo este punto de vista su pronóstico presenta cierta gravedad.

§. V.

TRATAMIENTO.

Si solo quisiéramos ocuparnos de las placas mucosas, habria muy poco que decir, porque siempre ceden rápidamente á los medios mas sencillos; pero este *tratamiento* casi nada vale,

y lo que verdaderamente importa es el tratamiento que exige la infeccion general: voy, pues, en pocas palabras á considerar la cuestion bajo estos dos puntos de vista.

Tratamiento local. Para el tratamiento local se han usado los *mercuriales*, los *astringentes* y aun los *cáusticos*. En primer lugar diremos que en la mayor parte de los casos bastan algunas unturas con el *ungüento napolitano* para hacer desaparecer en pocos dias las placas mucosas; pero tengo observado, mientras que estaba encargado del hospital de Lourcine, que por este tratamiento se produce con mayor facilidad la salivacion mercurial; asi pues, no se *deben dar unturas sobre las placas mas que dos veces al dia*, hacer *lavar* á los enfermos diez minutos despues con *agua de jabon* y *suspender las unturas al cabo de tres dias*. Esta suspension no perjudica al efecto del tratamiento; efectivamente, las placas completamente marchitas no tardan en desaparecer completamente solo con algun aseo. Por mi parte nunca he encontrado casos que se resistiesen á este tratamiento local; no obstante, se han citado ejemplos de placas mucosas ulceradas que exigian otros medios de los cuales hablaré en seguida.

Tambien se pueden curar las placas mucosas con la *pomada de calomelanos*, ó *espolvoreando las partes enfermas con calomelanos en polvo* y con otras preparaciones mercuriales. «En el concepto de Ricord, dicen los autores del *Compendio de medicina práctica*, la medicacion local mas enérgica y mas eficaz es la siguiente: se hacen lociones dos veces al dia en las placas mucosas con un líquido compuesto de *cuatro partes de agua destilada* y de *una parte de cloruro de óxido de sodio; despues se las espolvorea con calomelanos*, y se preserva por medio de un lienzo á las superficies asi curadas del contacto de las partes inmediatas. La curacion se efectúa asi en cinco ó seis dias.....

»Este tratamiento no es aplicable á las placas mucosas de la boca, en las que Ricord emplea la cauterizacion superficial con el *nitrato ácido de mercurio*.»

No insistiré mucho en la medicacion astringente, cuyos efectos son generalmente menos seguros y menos prontos que los de los medios precedentes; únicamente me limitaré á decir que por medio de *lociones* hechas con una solucion de *sulfato de zinc*, de *alumbre* y de *acetato de plomo* se ha hecho frecuen-

temente desaparecer las placas mucosas; pero es difícil manifestar cuál ha sido en semejante circunstancia la accion del medicamento, y qué parte se debe atribuir á los simples medios de aseo.

Algunas veces las placas mucosas presentan una ulceracion dolorosa; entonces es necesario limitarse, en los primeros dias, á simples *lociones emolientes*, y á curarlas mañana y tarde con *cerato opiado;* pero luego que han cesado la irritacion y el dolor es necesario recurrir al tratamiento precedente, ó emplear la cauterizacion.

La *cauterizacion* de las placas ulceradas se practica ordinariamente pasando ligeramente sobre su superficie *un cilindro de nitrato de plata*, ó bien tocándolas ya con una *solucion concentrada de nitrato de plata* (4 ó 5 gramos (72 á 96 granos) por 30 gramos (una onza) de agua destilada), ya con el *nitrato ácido de mercurio*, el *ácido hidroclórico*, etc. Antes de estos últimos años se temian mucho estas cauterizaciones, que segun las ideas generalmente admitidas, ponian á los enfermos en gran peligro de ver aparecer síntomas consecutivos, suprimiendo asi esta manifestacion sifilítica que se juzgaba necesaria; pero es evidente que se estaba en un error, y que tanto la cauterizacion de las placas ulceradas como la de una úlcera sifilítica, no puede producir ningun efecto en la infeccion general, que como conocen todos los autores, existe ya cuando se desarrollan estas placas. Esto me conduce á decir algo acerca del tratamiento general, que evidentemente es el único que puede tener influencia en las consecuencias de esta infeccion general.

Tratamiento general. Si se consulta á los principales autores que se han ocupado de esta importante cuestion, nos veremos bastante embarazados para formar sobre esta materia una opinion definitiva; sin embargo, no creo que un médico prudente pueda dispensarse de usar el tratamiento general, porque está lejos de hallarse demostrado por los hechos que semejante tratamiento no ha evitado muchas veces el desarrollo de síntomas secundarios y terciarios graves. ¿Deberé entrar ahora en pormenores sobre este tratamiento general? Evidentemente no; porque lo que he dicho en el artículo precedente se aplica en un todo á las placas mucosas, que bajo este aspecto no reclaman ningun medio particular.

ARTICULO III.

SIFÍLIDES.

Debemos á Cazenave (1) el mejor tratado sobre las sifílides, afecciones de las cuales habia ya dado, con Schedel, una buena descripcion (2), segun los principios establecidos por Biett. Pero ya desde la aparicion de las primeras epidemias venéreas se habian observado estas afecciones particulares de la piel que siguen á los accidentes primitivos de la sifilis, y que tienen, como se verá mas adelante, caracteres particulares. Entonces, como puede verse en la obra de Nicolás Massa (3), solo se designaban de un modo vago las diversas lesiones que constituyen las sifílides bajo el nombre de *pústulas*, contentándose con señalar algunos de sus caracteres físicos. A Gallus (4) y despues de él á Gaspar Torella (5) se debe el haber establecido muchas especies de sifílides. Despues de esto los trabajos de Astruc, de Hunter, de Bell, etc., han aumentado nuestros conocimientos sobre estas enfermedades. Pero es necesario llegar hasta Biett, que ha aplicado á su estudio el método de Willan, para obtener una historia lo mas satisfactoria posible. Ya he dicho que Cazenave habia hecho su descripcion con arreglo á estos principios; pero ha añadido otros muchos conocimientos á los que teniamos con sus interesantes investigaciones; tambien son estos principios los que han guiado en las suyas á Rayer (6), á Legendre, á quien debemos una buena memoria sobre este asunto, á Behier y Martins. Finalmente, hemos visto lo que ha hecho Ricord respecto de la historia de la sucesion de los síntomas secundarios, entre los cuales es necesario citar las

(1) *Traité des syphilides, ou malad. vénér. de la peau;* Paris, 1843, en 8.º, con un atlas.

(2) *Abrégé prat. des malad. de la peau;* Paris, 1847, en 8.º

(3) *Lib. de morb. gallico;* Ven., 1563.

(4) *De lign. sanct., etc.*

(5) *Tract. cum consil. contra pudend. sive morb. gal.*

(6) *Traité des malad. de la peau;* Paris, 1835, t. II, p. 340.

sifilides, y Leudet (1) ha escrito sobre esta materia una memoria muy interesante fundada en observaciones recogidas con cuidado en la clínica de este cirujano en el hospital del Mediodia.

Estas afecciones tienen muchos caracteres comunes, y estos caractères comunes son precisamente los que mas importa conocer, puesto que sirven para diferenciar las sifilides de las afecciones ordinarias de la piel. Conviene, pues, esponer detalladamente los síntomas comunes de la sifilides, ó de las *sifilides en general*, bastando despues algunas breves indicaciones para dar á conocer las sifilides en particular.

1.° DE LAS SIFILIDES EN GENERAL.

Hemos visto anteriormente que aunque ciertos accidentes sifilíticos tengan por asiento la piel, no se los considera como sifilides por algunos autores, al paso que otros los incluyen en esta categoría. No investigaré cuál de estas opiniones es la que está mejor fundada en los hechos, pues semejante discusion nos llevaria demasiado lejos sin conducirnos á ningun resultado positivo; por otra parte, lo que importa para la práctica es saber que todos los síntomas sifilíticos cutáneos son signos de una infeccion general lo cual está unánimente reconocido. Por lo demás, habiendo tratado por separado de las placas mucosas, no tengo que ocuparme aqui mas que de las sifilides admitidas por todo el mundo, y que se pudieran llamar *sifilides propiamente dichas*.

§. I.

DEFINICION Y FRECUENCIA.

A las *sifilides propiamente dichas* de que voy á tratar esclusivamente, se aplica muy bien la definicion propuesta por los autores del *Compendio de medicina práctica*, y que por esta razon reproduzco aqui. «Designamos bajo el nombre genérico de *sifilides* los accidentes *secundarios* que se desarollan *en la piel.*»

Todos conocen la gran *frecuencia* de las sifilides, y en efec-

(1) *Rech. sur les syphilides, d' après des observations recueillies à l' hôpital du Midi dans le service de Ricord* (*Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1849, t. XIX, p. 26 y 287).

to, la presencia ordinaria de estos síntomas secundarios es la que da á conocer las mas veces la infeccion sifilítica general.

§. II.

DIVISION.

Los caracteres particulares de las sifilides han servido para establecer su division; pero estos caracteres son los de las enfermedades ordinarias de la piel, y esto es precisamente lo que ha permitido á Biett aplicarles el método de Willan. Basta, pues, recordar la division que hemos seguido en el capítulo precedente y aplicarla á los accidentes sifilíticos. Hé aqui la que ha seguido Cazenave:

1.° *Sifilide exantemática:* Alfombrilla y eritema sifilíticos.

2.° *Sifilide vesiculosa:* Eczema, herpes sifilítico y sifilide de forma de viruela loca.

3.° *Sifilide flictenosa:* Pénfigo y rupia sifilíticos.

4.° *Sifilide pustulosa:* Acne, impétigo y ectima sifilíticos.

5.° *Sifilide tuberculosa:* Es necesario no confundir esta especie con las placas mucosas. Se han descrito muchas formas segun que los tubérculos estan agrupados, diseminados, ó bien segun que son perforantes ó serpinosos.

6.° *Sifilide papulosa:* Liquen sifilítico.

7.° *Sifilide escamosa:* Soriasis sifilítica, sifilide escamosa.

8.° Con el nombre de *sifilide maculosa,* los autores del *Compendio de medicina práctica* han designado las manchas sifilíticas de la piel que Cazenave incluye entre los *síntomas concomitantes.*

Si ahora examinamos el grado de frecuencia de cada una de estas especies en particular, vemos que varía mucho. En efecto, hé aqui como se espresan los autores del *Compendio* sobre esta materia despues de haber consultado los mejores escritos: «La forma exantemática es la mas comun, segun Ricord, cuando se examinan los enfermos poco tiempo despues del accidente primitivo. Por el contrario, Cazenave asegura que la alfombrilla sifilítica es una de las erupciones sifilíticas que se observan con menos frecuencia. La forma vesiculosa es muy rara,

y las formas papulosa y tuberculosa son muy comunes. De noventa y ocho casos de sifílide recogidos por Martin y Mac Carthy se cuentan:

30 de sifílides papulosas.
27 de alfombrillas sifilíticas.
26 de sifílides tuberculosas.
10 de sifílides pustulosas.
3 de sifílides vesiculosas.
2 de sifílides escamosas.»

§. III.

CARACTERES COMUNES DE LAS SIFILIDES.

Coloracion. Desde que se han estudiado convenientemente las sifílides, se ha observado que se distinguen de las afecciones comunes de la piel por *un tinte particular* que Falopio ha comparado al de la *carne de jamon*, y que en la actualidad se designa con el nombre de *rojo cobrizo*. Cazenave ha hallado constantemente esta coloracion, pero está lejos de ser siempre la misma, y no tiene siempre el aspecto rojo cobrizo propiamente dicho, pues varía del rojo cobrizo al gris negruzco. «Esta coloracion, dice Cazenave, existe en las manchas, en las pápulas, en los tubérculos, en la base de las pústulas y de las vesículas; acompaña constantemente á las elevaciones escamosas, y algunas veces á las mismas escamas. Es permanente y desaparece incompletamente bajo la presion del dedo, lo que viene á probar que jamás está del todo bajo la dependencia de la red capilar sanguínea. Algunas veces constituye toda la enfermedad, es mas viva al principio de la erupcion, y se hace de cada vez mas agrisada á medida que desaparece. Con frecuencia sucede á las sifílides y persiste algunas veces largo tiempo despues que ha desaparecido la erupcion, sobre todo cuando esta ha dejado despues de ella cicatrices.»

Forma circular. En todos tiempos se ha observado la disposicion que presentan las ulceraciones venéreas para afectar la forma circular. Esta disposicion se encuentra igualmente en las diversas erupciones cutáneas, aunque de un modo mucho me-

nos evidente, lo cual ha reconocido Cazenave examinando los hechos.

Cronicidad. Cazenave incluye entre los caracteres mejor marcados de las sifílides, el de no presentar un estado francamente agudo. «Constantemente, dice, el curso de la erupcion es lento, el trabajo de la supuracion difícil, el de la cicatrizacion mas lento todavía, etc. Esta lentitud y cronicidad en el curso de las sifílides es en mi concepto un signo muy importante.»

Naturaleza de las lesiones secundarias. El mismo autor de quien he tomado parte de esta descripcion, porque nada hay que supla sus interesantes investigaciones, se espresa de la manera siguiente: «Asi, pues, las escamas son en general mas delgadas y mas secas que en las afecciones escamosas simples. Sobre todo son mucho menos anchas, casi nunca cubren toda la estension de la placa, á cuyo alrededor se las ve formar una especie de lista blanquecina bien notable, y á la cual Biett daba con mucha razon gran valor para el diagnóstico. Por último se vuelven á formar con lentitud, y asi es que se las ve con mucha frecuencia desprovistas de sus escamas á las elevaciones papulosas de la soriasis y de la lepra sifilíticas.

»Las *costras* son ordinariamente gruesas, verdosas y algunas veces negras, duras, como surcadas y muy adherentes. Siempre son la espresion de una destruccion de tejidos mas ó menos estensa, ó bien ocultan una úlcera, y entonces son mas blandas, mas anchas en su base, como rodeadas de un círculo blandujo, cobrizo, que las cubre un poco en toda su circunferencia, ó bien descansan en un punto cicatrizado, y en este caso son muchas veces secas, como retraidas y encogidas en su base que es desigual, y que por las pérdidas sucesivas descubre gradualmente una cicatriz en la que parece penetrar, por decirlo asi, por una especie de mamelones rodeados de una ligera descamacion seca y blanquecina.»

Destruccion de los tejidos. Todo el mundo ha observado la gran tendencia de las sifílides á terminarse por la destruccion de los tejidos; pero este caracter no es tan general como los precedentes, puesto que no se aplica ni á la sifílide exantemática ni á la sifílide escamosa.

Cuando se verifica la destruccion por ulceracion, la *forma*

de esta es casi siempre notable; pero en algunos casos se verifica la destruccion de los tejidos sin que se produzca ulceracion; es una simple absorcion de un tejido degenerado que se observa en ciertos casos de sifilide papulosa y tuberculosa.

Cicatrices. No puede hacerse otra cosa mejor que trascribir lo que dice Cazenave sobre este punto, quien se espresa asi: «Son, dice, redondeadas, mas ó menos deprimidas, cuando son recientes tienen un color como bronceado, algunas veces su tejido hinchado presenta una ligera prominencia, bajo la epidermis se ven serpentear vasos superficiales. Mas adelante se aplanan, parece que el trabajo de absorcion se establece interiormente, pierden su tinte violáceo, se ponen blancas y mas deprimidas todavía, su superficie de color blanco mate está por otra parte estirada ó arrugada, lisa ó con desigualdades, y á veces surcada de bridas mas duras y mas prominentes.

»En algunas circunstancias son blancas desde el principio pero de un blanco azulado, entonces se ven rodeadas de una *aureola cobriza* que va siempre disminuyendo, y cuya tinta se pierde progresivamente en el color de la piel que la rodea.»

Tales son los caracteres comunes de las sifilides. Para completar este asunto, deberia estudiar el curso, las terminaciones, el diagnóstico y el pronóstico de estas afecciones; pero considerándolas en general, no presentaria sino consideraciones de un valor secundario. Si sobre cada uno de estos puntos de vista tuviere algo que decir, es mejor dejarlo para la esposicion de las diversas especies en particular; asi, pues, me detendré un instante solo en la etiologia de las sifilides que presenta algunos puntos importantes, y en el tratamiento que debe estudiarse en general, porque, como veremos mas adelante, casi no hay un medio terapéutico que se aplique mas bien á una especie de sifilide que á otra.

§. IV.

CAUSA DE LAS SIFILIDES.

Es evidente que no debo ocuparme aqui sino de la causa principal de las sifilides. Todos convienen en la actualidad, en que se encuentra en la infeccion general de la economía por el vi-

rus sifilítico; pero hay circunstancias en las que estas afecciones específicas de la piel se desarrollan mas particularmente, y estas circunstancias son las que se trata de indagar.

No discutiré largamente la cuestion de saber cuál es el tiempo de la aparicion de las sifílides despues de la infeccion general, y sobre este punto hay diversas opiniones que seria muy largo enumerar, tanto mas que ya he examinado muchas. Unicamente diré, que segun las investigaciones de Martins, Legendre y Cazenave el término medio de este intervalo es de unos cinco años. Segun estos autores, las sifílides sobrevienen mas bien despues de las úlceras que despues de cualquier otro accidente primitivo; pero ya sabemos que se ha negado la posibilidad de la infeccion sifilítica despues de una simple blenorragia, y este es punto sobre el cual no volveré á tratar. Unicamente añadiré que Leuret (1), segun los hechos que ha observado atentamente, ha adoptado la opinion de Ricord. Por lo demás, la duracion de esta incubacion es muy variable, puesto que ha oscilado entre un mes y mas de treinta años. Sin embargo, es necesario añadir que es bastante raro que esta duracion sea menos de un año, muy raro que pase de treinta, y que generalmente no pasa de diez años, y aun para esto no estan exentos de objeciones los casos de larga duracion.

El doctor Reverchon (2), en sus investigaciones en el hospital de san Luis, ha encontrado, como Cazenave, Legendre y Martins, que las sifílides son menos frecuentes despues del tratamiento mercurial de los accidentes primitivos, que á consecuencia de una simple medicacion antiflogística.

De que las sifílides se desarrollen ordinariamente en los diez años que siguen á la aparicion de los síntomas primitivos, se puede deducir que se manifiestan con mayor frecuencia de veinte á cuarenta años, porque ordinariamente se contrae la sífilis de los diez y ocho á los treinta años. Por lo demás no se puede conceder ninguna influencia á la *edad*. En la primera infancia puede manifestarse la sífilis, pero entonces es las mas veces *hereditaria*. No hay ninguna diferencia respecto á los *sexos*.

(1) *Lug. cit.*, p. 289.
(2) *De l' étiologie des syphilides*; Tésis, Paris, 1848.

Si nos referimos á los hechos reunidos por Cazenave, es necesario admitir que el *frio* tiene una accion marcada en la produccion de las sifilides; pero al mismo tiempo que el autor hace notar que el resultado de estos hechos está conforme con la opinion general, conviene en que el número de observaciones no permite resolver definitivamente. Ya hemos presentado suficientes datos respecto á la accion del *temperamento* y de las *profesiones*. Segun Cazenave, las *malas condiciones higiénicas* tienen gran influencia en el desarrollo de las sifilides; pero carecemos sobre este particular de la prueba que suministran los hechos.

Estudiando Leudet (1) sus observaciones, ha llegado á los dos importantes resultados siguientes: «1.° un mismo enfermo puede ser muchas veces atacado de sifilides; 2.° estas enfermedades afectan en general mas ó menos profundamente el elemento cutáneo.» Para completar esta última proposicion debo añadir, ateniéndome siempre á lo que dice Leudet, que las sifilides que se manifiestan mas largo tiempo despues de los accidentes primitivos son las mas profundas, de suerte que la profundidad á que penetra la alteracion del dermis es un elemento útil para juzgar de la antigüedad de la enfermedad, y que tales ó cuales formas de sifilides pertenecen mas particularmente á las sifilis recientes ó antiguas.

En cuanto á las *causas ocasionales*, hé aqui como se espresa sobre este punto Cazenave: «No basta, dice, para que se manifieste la erupcion que exista la sifilis, sino que es necesario tambien que su aparicion sea el resultado accidental de un elemento morboso no especial, capaz de producir un trastorno cualquiera, trastorno que es seguido de la aparicion del síntoma consecutivo: esta es la causa ocasional del desarrollo de las sifilides. Esta causa por lo demás puede variar á lo infinito; puede ser una emocion moral viva, una afeccion no venérea, un golpe, una herida, un esceso en las bebidas, un cansancio escesivo, un baño de vapor y la aplicacion de un vejigatorio. Yo he visto una sifilide determinada por el uso de la medicina de Leroy. Es cierto que en la mayor parte de los casos es difícil encontrar en la relacion de los enfermos esta causa, que es con frecuencia poco apreciable y que ha podido pasar desaper-

(1) *Archives de médecine, lug. cit.*, p. 290.

cibida; sin embargo, no vacilo en creer que casi siempre existe, y que desempeña un papel principal en el desarrollo de las sifilides.»

Como se acaba de decir, todavía se duda mucho sobre estas causas, y yo añado, que las sifilides no solo pueden ser hereditarias, sino, como he dicho mas arriba, tambien *congénitas*.

§. V.

TRATAMIENTO.

Es evidente que el *tratamiento* de las sifilides debe ser el de la misma sifilis, de la que solo son una manifestacion. Asi pues, me contentaré con indicar algunas preparaciones que todavía no he mencionado, y que segun acredita la esperiencia de los autores que se han ocupado mas particularmente de las sifilides, se pueden administrar de una manera segura y cómoda.

Mercuriales. Cazenave administra el *deutocloruro de mercurio* bajo la forma siguiente:

℞ Hidroclorato de amoníaco..
Deutocloruro de mercurio. } āā 25 centígram. (5 g)
Estracto acuoso de opio...
Jarabe sudorífico de Larrey.. 500 gram. (℔j)

Mézclese.

El *jarabe de Larrey adiccionado* se da á la *dosis de una cucharada* mañana y tarde, y siempre le he podido administrar sin inconveniente á la dosis de tres cucharadas al dia en los adultos robustos.

El *mercurio soluble de Hahnemann* es tambien una preparacion que se ha elogiado mucho: «Es tolerado, dice Cazenave, por los enfermos débiles y delicados.» Este medicamento se administra de la manera siguiente:

℞ Mercurio soluble de Hahnemann (protonitrato amoniacal mercurial).... 2 gram. (ʒß)
Tridacio........................ 2 gram. (ʒß)

Háganse cuarenta píldoras. Se toma una, mañana y tarde; pero se puede aumentar esta dosis hasta cuatro píldoras.

Tambien indicaré el *protoioduro de mercurio*, las *píldoras de Sedillot*, y el *licor de Van Swieten*.

Ricord prescribe las píldoras siguientes (1):

℞ Protoioduro de mercurio... } āā 3 gram. (54 g)
Estracto de tridacio....... }
Estracto de opio.............. 1 gram. (18 g)
Estracto de cicuta............. 6 gram. (5jß)

Mézclense y háganse sesenta píldoras. Se toma primero una y luego dos, tres y cuatro al dia.

No se debe tener tanta confianza en los *ácidos*, en las preparaciones de *oro* y de *plata* como en los mercuriales, y por lo tanto me contentaré con indicarlos aqui.

Sudoríficos. No me estenderé mas sobre los sudoríficos, aunque no se puede negar su utilidad. En efecto, no creo que sea prudente atenerse á los simples sudoríficos, que solo se deben considerar como unos preciosos medios auxiliares. En cuanto á su administracion nada tengo que decir de particular.

El *ioduro de hierro* y sobre todo el *ioduro de potasio*, tan precioso en el tratamiento de tantos accidentes sifilíticos consecutivos, parecen ser muy inferiores al mercurio, cuando se trata de las enfermedades cutáneas sifilíticas, por lo cual me limito á mencionarlos.

A estos diversos modos de tratamiento es necesario asociar los cuidados higiénicos, un *régimen suave*, los *baños* simples, alcalinos y de vapor para las personas robustas; los *tónicos*, una *alimentacion* suculenta, evitar el frio y la humedad en los sugetos caquécticos; tales son en pocas palabras las precauciones que se deben tomar. Los demás medios que pudiera mencionar solo son recursos auxiliares que cualquiera puede encontrar fácilmente.

«Hay sin embargo, dice Cazenave, un tratamiento de grande eficacia con el cual he visto muchas veces obtener modificaciones profundas, curaciones duraderas, en casos en que los síntomas mas graves y las úlceras mas inveteradas se habian resistido á una multitud de medios: quiero hablar del *estracto acuoso de opio*, medicamento precioso en los casos de caquexia profunda. Se le administra á la dosis *de 25 miligramos* (medio grano) al principio, y despues *se aumenta progresivamente cada*

(1) Véase Leudet, *lug. cit.*, p. 500.

vez otros 25 *milígramos hasta* 15 y 20 *centígramos* (3 y 4 granos) *al dia.*

«En cuanto á las *sifílides que atacan á los niños de pecho*, reclaman, dice el mismo autor, el *tratamiento de la nodriza*, el cual es exactamente el mismo que el que acabo de indicar para las *mugeres preñadas* (mercurio de Hahnemann, jarabe de Larrey, protoioduro de mercurio). Frecuentemente tambien se ha *reemplazado la leche de la nodriza por la de una cabra*, á la que se daban alternativamente *fricciones en la parte interna de los muslos con una mezcla de ungüento napolitano y de alcanfor.*

»Por lo general no me limito en este caso al tratamiento empleado en la nodriza, sino que ordinariamente le auxilio con *otros medios usados directamente en el niño*. Asi pues, *en un niño muy pequeño* hago dar *fricciones todos los dias en las encias y en la lengua con* 12 *milígramos* (1/4 de grano) *de calomelanos incorporados con miel.* Muchas veces he sustituido á los calomelanos con 4 ó 6 milígramos (1/12 á 1/8 de grano) de *protoioduro de mercurio administrado de la misma manera.*

»Este método, del cual he obtenido buenos efectos, me parece útil en la *sifilis congénita*, y es indispensable en la *sifilis hereditaria.*

»En los *niños de mas edad*, de un poco mas de un año, por ejemplo, he dado muchas veces *el jarabe de Portal* á la dosis de *una cucharada de café* al principio, y luego *dos* en las *veinte y cuatro horas*, y he obtenido de él buenos resultados.

»Hé aqui la forma de este jarabe:

℞	Raiz de genciana...........	15 gram.	(℥ß)
	Raiz de rubia........... } ãã	8 gram.	(ʒij)
	Quina................. }		
	Raiz de rábano rusticano...	15 gram.	(℥ß)
	Berros de fuente........ } ãã	C. S.	
	Coclearia.............. }		
	Sublimado corrosivo.......	10 centígram.	(2 gr.)

Se cuecen las raices con la quina en 1000 gramos (2 libras) de agua que se reducirán á la mitad, y se cuela el cocimiento; se añaden 750 gramos (24 onzas) de azúcar, se cuece hasta la consistencia de jarabe y se cuela.

Por separado, se machacan en un mortero las hojas de berro, de coclearia y las raices de rábano rusticano, y se esprimen para

obtener 190 gramos de zumo que se filtra en frio; se añaden 350 gramos de azúcar, se calienta en el baño de María, se cuela y se añade este jarabe al otro.

Por último, se hace disolver el deutocloruro de mercurio en unos 4 gramos (una dracma) de alcohol, y se mezcla exactamente con el jarabe.

Quedan ahora algunas medicaciones empíricas á las que se puede recurrir en los casos rebeldes, y que Cazenave menciona de la manera siguiente: «por último, cuando las sifilides estan complicadas desde largo tiempo con síntomas consecutivos graves, se resisten algunas veces á los diversos tratamientos mercuriales y á la mayor parte de los medios que constituyen una terapéutica racional, en cuyo caso el enfermo se ve conducido al gravísimo estado de caquexia sifilítica. Entonces es cuando si los sudoríficos, el ioduro de hierro y *la tisana de Feltz* no han producido algunas modificaciones, el mal parece superior á los recursos del arte; pero aun en este caso he visto algunas veces tener buen resultado los *arsenicales*, y en estas circunstancias tambien he visto usar y he empleado con un resultado feliz é inesperado ciertos medios empíricos: tales son la *tisana sudorífica de Arnoud*, y especialmente los *cocimientos de Zittmann, y de Pollini.*»

Algunas veces es necesario recurrir á los *medios esternos*, y hé aqui lo que hace Ricord (1): «cuando una úlcera, resultado de una costra de sifilide profunda, se manifestaba en el cuerpo, se empleaban los medios generales usados contra las heridas, y muchas veces los tópicos siguientes: *vino aromático, solucion iodada* (2, 3, 4 y 5 por 100 de agua, con suficiente cantidad de *ioduro de potasio*), *solucion ferrada* (agua destilada, 200 gramos); tartrato de hierro y de potasa 16 gramos.

»Finalmente, se terminaba el *tratamiento de las manchas* por la aplicacion de *emplastos de Vigo con mercurio*, ya por *baños salados*, *fumigaciones de cinabrio*, ó *baños con 20 á 30 gramos* (5 á 8 dracmas) *de sublimado.*»

Ahora me resta decir algunas palabras de las diversas especies de sifilides en particular para completar su historia.

(1) Véase Leudet, *lug. cit.*, p. 301.

2.º DE LAS SIFILIDES EN PARTICULAR.

No me es posible hacer sino una brevísima descripcion de las diversas especies de sifilides, llamando la atencion sobre lo que las distingue principalmente de las enfermedades cutáneas comunes á las cuales se pueden referir.

1.º SIFILIDE EXANTEMÁTICA.

a. *Roseola ó alfombrilla sifilítica.* La alfombrilla sifilítica tiene de notable que, segun las investigaciones de Mac Carthy, empieza siempre por el tronco; que las manchas despues de haber presentado por algun tiempo un color de rosa se vuelven pronto agrisadas y parduscas; que este tinte es entonces muy ligero, y que persiste algunas veces muchos meses.

El *curso* de esta sifilide nunca es del todo agudo.

Estos signos reunidos á los vestigios de los accidentes primitivos ó de los *síntomas concomitantes*, que es necesario tener en consideracion, són suficientes para hacer reconocer la cualidad especial de la afeccion, contra la cual Gibert recomienda los *baños alcalinos* y las *fumigaciones de cinabrio*, porque segun la mayor parte de los autores, no reclama ningun tratamiento particular.

b. *Eritema papuloso sifilítico.* Este eritema que se presenta bajo la forma de pequeñas placas, es notable por su persistencia, por la falta de prurito y de la descamacion, y por el color de las manchas, que pasados los primeros dias se ponen ligeramente parduscas: semejantes caracteres, como hace notar Mac Carthy, bastan para hacer distinguir el eritema papuloso sifilítico de las *pápulas producidas por el bálsamo de copaiba.* Nada de particular ofrece el *tratamiento.*

2.º SIFILIDE VESICULOSA.

a. *Eczema sifilítico.* El eczema sifilítico se diferencia del eczema comun en su color primero rojo poco vivo, en el color cobrizo de las aureolas, en la mayor magnitud de las vesículas, en su mas larga duracion, y en el color negro de las costras,

sobre todo cuando existe un *eczema impetiginoso sifilítico*. El *tratamiento* tampoco presenta nada de particular.

b. *Herpes sifilítico*. Asi como el herpes ordinario, el herpes sifilítico está caracterizado por vesiculas; pero en una variedad descrita por Cazenave, y que es la mas interesante, porque segun su autor es la mas frecuente de las sifilides vesiculosas, estas vesículas son tan pequeñas que es necesario un exámen atento para reconocerlas.

El herpes sifilítico se presenta bajo la forma de discos, que tan pronto tienen la estension de un real de plata, como la de una peseta, como son mas pequeños. En la variedad que acabo de mencionar es en la que se observa esta corta estension. En esta variedad tambien se ven las vesículas en la circunferencia, al paso que el centro está ocupado por una escama gruesa y adherente. Los discos son con frecuencia numerosos, sobre todo en los miembros y en la parte anterior del pecho.

Uno de los caracteres principales del herpes sifilítico, como de todas las demás sifilides, es el color primero cobrizo y despues agrisado que acompaña y sigue á la placa vesiculosa.

Por lo demás, tampoco se ha recomendado ningun tratamiento particular contra esta especie de sifilides.

c. *Varicela sifilítica*. La varicela sifilítica presenta al principio un carácter particular, que consiste en anunciarse, como la varicela comun, por un ligero movimiento febril, al paso que las demás especies empiezan casi siempre sin síntomas agudos. Pero no tarda en manifestarse el carácter crónico de la afeccion, porque la erupcion sigue con una lentitud tal que se ve que se suceden las vesículas con intervalos mas ó menos largos, y persisten sin modificarse durante mas de una semana.

Por lo demás, encontramos en esta varicela la mancha roja que precede al desarrollo de las vesículas, las cuales ocupan muy prónto toda la estension de la mancha, y acaban por llenarse de un líquido purulento y por estar rodeadas de una aureola cobriza.

3.° SIFILIDE FICTENOSA.

No volveré á repetir aqui lo que he dicho del *pénfigo de los recien nacidos*, que como he manifestado ya, es unas ve-

ces sifilítico y otras no. Asi pues no me ocuparé mas que de la rupia.

Rupia sifilítica. La rupia sifilítica no se diferencia sensiblemente de la rupia comun. Efectivamente, hé aqui los caracteres diagnósticos indicados por Cazenave. La costra que sigue á la flictena es mas negra y mas dura, está rodeada de una aureola cobriza, signo comun de las sifilides; la úlcera que cubre es profunda, agrisada, y sus bordes son duros y cortados perpendicularmente.

Se ve pues que en esta sifilide, más que en ninguna otra, se deben tener en consideracion los antecedentes del enfermo y los síntomas sifilíticos concomitantes que puede presentar.

Tratamiento. El tratamiento local es el único que merece que digamos de él algunas palabras, y á pesar de esto, como vamos á ver, nada tiene de especial. Cuando la constitucion se halla muy debilitada, y sobre todo cuando el enfermo es un anciano, se recomienda curar las úlceras con ***vino aromático*** ó con la ***pomada de calomelanos***, tocarlas con el ***nitrato de plata***, el ***nitrato ácido de mercurio*** ó con cualquier otro cáustico; pero tambien se pueden aplicar con mucha frecuencia estos medios en la rupia ordinaria.

4.° SIFILIDE PUSTULOSA.

a. Acne sifilítico. No haré mencion sino de lo que caracteriza particularmente á esta afeccion sifilítica, á la que Cazenave (1) da el nombre de *sifilide lenticular*. En primer lugar se observa principalmente su *asiento* en la piel de la cabeza, en el rostro y en los miembros inferiores. Sobre todo es necesario notar la predileccion que tiene el acne sifilítico á presentarse en los miembros inferiores, porque sabemos que el acne comun casi siempre ocupa la parte superior del cuerpo. La existencia de las pústulas en la piel de la cabeza debe tambien fijar la atencion del médico.

Hé aqui los caracteres distintivos de esta erupcion específica: presenta pústulas mas numerosas y mas confluentes que el acne comun. La piel no está aceitosa como en este, sino seca

(1) *Lug. cit.*, p. 428.

y marchita; no hay empeines, ni aureola eritematosa, ni ulceracion; las cicatrices no son oblongas, arrugadas y prominentes como en la acne no específico, sino mas bien redondeadas y deprimidas.

Tratamiento. Se ha aconsejado, sin dejar por eso de emplear al mismo tiempo el tratamiento mercurial interiormente, combatir el acne por los *baños de vapor sulfurosos* y *alcalinos* y las *fumigaciones de cinabrio.* Al médico corresponde juzgar acerca de la oportunidad de estos medios, que á escepcion de las fumigaciones de cinabrio no son mas que simples auxiliares.

b. Impétigo sifilítico. Se ha dividido el impétigo sifilítico en dos variedades, segun que es confluente ó no confluente. El primero va acompañado de síntomas generales mucho menos intensos; el segundo es notable por la formacion de costras verdosas que cubren las ulceraciones, y estan rodeadas de una aureola cobriza. Esta variedad ha recibido el nombre de *sifílide pustulosocrustácea.*

En ambas variedades es digno de notarse el curso lento de la enfermedad, pero sobre todo en la variedad no confluente, que presenta pústulas intactas y aisladas que se suceden lentamente y por largo tiempo. Algunas veces se observa otro carácter de estas pústulas que se desecan en su sitio y tienen una aureola cobriza: despues de la desecacion de estas pústulas quedan pequeñas cicatrices.

c. Ectima sifilítico. Es sobre todo muy esencial conocer las particularidades que distinguen al ectima sifilítico, porque esta especie presenta, en cuanto al diagnóstico, dificultades á veces muy grandes, y seria un error muy fatal para el enfermo. Esto es lo que me induce á trascribir el siguiente pasaje de Cazenave, en el que se encontrará todo lo que importa realmente saber relativamente al ectima sifilítico: «cuando, dice, está constituido por pústulas anchas, ovales, presenta alguna semejanza en el ectima simple, y principalmente con el ectima caquéctico, que como él puede dejar cicatrices. Pero el ectima ocupa casi esclusivamente los miembros inferiores, es menos frecuente que el ectima sifilítico, está esparcido en los demás puntos del cuerpo y es mas raro todavía en la cara. Es poco comun en la juventud, y se manifiesta con frecuencia en la declinacion

de la edad en los sugetos cuya constitucion está deteriorada. Por el contrario, se ha visto, segun los datos presentados mas arriba, que como la mayor parte de las sifílides, el ectima sifilítico se desarrolla principalmente en la edad adulta. Por lo comun no hay como en el último grandes series de pústulas flisacias. Si las pústulas del ectima caquético son mas numerosas, si desarrolladas á grupos se confunden para dar lugar á úlceras, estas continúan siendo superficiales, la piel que las rodea no se presenta de color térreo y marchito como en la sífilis; las cicatrices que les suceden mucho mas irregulares, no son redondas, deprimidas y profundas como las del ectima sifilítico.

»Hay otra forma de ectima sifilítico caracterizada por numerosas pústulas, mucho mas pequeñas, diseminadas en vastas superficies, y que cuando se presentan en un hombre jóven y vigoroso han hecho tomar la enfermedad por algunos dias por otra bien opuesta, tal es la viruela. El error por otra parte no puede durar mucho, y si el movimiento febril mas considerable, los síntomas generales mas graves y la erupcion mas rápida de la calentura exantemática no fuesen suficientes para distinguirla en un principio del ectima, siempre menos estenso y menos rápido en su curso, y que en rigor no podria confundirse sino con una viruela poco intensa, la duda cesaria inmediatamente que se presentase la erupcion.»

Tratamiento. Relativamente al tratamiento nada de particular tengo que mencionar, á no ser el uso de dos pomadas aconsejadas por Gibert. Este médico, cuando asiste á *niños*, hace curar las úlceras con la pomada siguiente:

℞ Cerato opiado	30 gram.	(℥j)
Oxicloruro amoniacal de mercurio..	2 gram.	(ʒß)

Mézclese.

En los adultos se usa el *protoioduro de mercurio* de la manera siguiente:

℞ Manteca de puerco	30 gram.	(℥j)
Protoioduro de mercurio.	1 á 2 gram.	(18 á 36 gr)

Mézclese.

Bien se nota que este tratamiento nada tiene de especial.

5.° SIFILIDE TUBERCULOSA.

a. Sifílide tuberculosa en grupos. La sifílide tuberculosa en grupos se divide en dos variedades. En la primera los tubérculos, del tamaño de un guisante, tienen un vértice agrisado, cubierto de una pequeña escama seca y agrisada. Estos tubérculos no se ulceran jamás, y no dejan cicatrices: «Estan, dice Cazenave, dispuestos en círculos, unos al lado de otros, de modo que forman bordes prominentes, interrumpidos tantas veces como tubérculos hay, y un centro sano, escepto el tinte sifilítico que es siempre muy marcado.» De aqui resulta un disco por lo general muy redondo, de un diametro variablé, segun el número de tubérculos que componen su circunferencia, enteramente especial por la colocacion de los tubérculos y por el tinte general de la placa, tinte que resulta de la coloracion particular de los tubérculos y de los pequeños intervalos que los separan y del mismo centro (1).

El *asiento* predilecto de esta variedad es el cuello, la frente y los miembros inferiores. La segunda variedad se diferencia de la precedente en que los tubérculos, que son del tamaño de la cabeza de un alfiler, se parecen á pequeñas pápulas brillantes y de notable color rojo cobrizo. Algunas veces sucede que muchos de estos tubérculos se reunen, se inflaman y forman una úlcera profunda.

b. Sifílide tuberculosa diseminada. Hay una segunda especie de sifílide tuberculosa en la que teniendo siempre los tubérculos un color cobrizo, son mucho mas gruesos, mas prominentes, redondeados ú ovalados, de base ancha y dura. Aunque se manifiestan en todas las partes del cuerpo, afectan con preferencia los miembros y la cara.

Cuando son pequeños los tubérculos y no se inflaman, no dejan señales; pero los tubérculos gruesos dejan en pos de sí una cicatriz que tiene la estension de su base, y que resulta de una absorcion morbosa de los tejidos degenerados.

c. Sifílide tuberculosa perforante. La sifílide tuberculosa

(1) Cazenave, *lug. cit.*, p. 329.

adquiere algunas veces un carácter mas grave, y en efecto, produce úlceras que destruyen rápidamente los tejidos; esta especie ha recibido el nombre de *sifílide tuberculosa perforante.* Los tubérculos son poco numerosos, pero voluminosos; su aspecto tiene analogía con el de la frambuesa. Cuando se examina su base, se ve que el dermis ha sido atacado á bastante profundidad.

Es raro que estos tubérculos no se ulceren al cabo de un tiempo mas ó menos considerable; el punto por donde comienzan á ulcerarse varía en los diferentes casos; pero hay una forma de ulceracion que Legendre ha descrito en su escelente *Memoria sobre las sifílides*, y que merece indicarse. En esta forma la destruccion empieza por el interior: entonces el tubérculo no forma ya mas que una especie de cascaron que puede deprimirse, y adhiriéndose las paredes se ven desaparecer los vestigios de la enfermedad.

El *curso* de esta afeccion ofrece algunos caracteres que conviene conocer. Los tubérculos permanecen ordinariamente estacionarios durante cierto tiempo, pasado el cual presentan signos de inflamacion y se ulceran algunas veces despues de haber aumentado considerablemente de volúmen. Otras veces se aplanan como si fueran á desaparecer; pero mas adelante y por la influencia de diversas causas vuelven á adquirir un nuevo incremento y llegan á la supuracion. La úlcera que resulta de esta sifílide es de naturaleza corrosiva, y como la afeccion ocupa ordinariamente la nariz, los labios ó el pabellon de la oreja, estos órganos son destruidos en gran parte.

d. Sifílide tuberculosa serpiginosa. Hay otra forma de sifílide tuberculosa á la que se ha dado el nombre de *serpiginosa;* porque destruye los tejidos en su superficie y como serpenteando. Los tubérculos son por lo comun voluminosos; pero su base no penetra profundamente en el dermis. Al cabo de mas ó menos tiempo se ulcera su vértice, presentan en seguida una costra negra, gruesa, cónica, parecida á una concha de ostra, y debajo de ella una úlcera lívida, sanguinolenta y bañada en un pus fétido. El mal se estiende en superficie por la formacion de nuevos tubérculos y de nuevas úlceras, tomando formas muy variadas; y como los tubérculos se suceden constantemente, formándose unos, ulcerándose otros, mientras que los demás

estan completamente cicatrizados, de aqui resulta una gran deformidad en las superficies invadidas.

La sifílide serpiginosa deja cicatrices irregulares; puede ocupar todas la partes del cuerpo y algunas veces cubre una gran parte de su estension. Se observa con frecuencia en la piel de la cabeza, en la frente y sienes, en la parte anterior del tronco y en la cara, y destruye muchas veces las alas de la nariz, los labios y los párpados.

De todas las sifílides, la mas grave sin contradiccion es la sifílide serpiginosa. En efecto, cualquiera que sea en algunos casos la energía del tratamiento, produce la muerte y deja siempre señales indelebles.

El *tratamiento* de la sifílide tuberculosa nada presenta de especial, escepto la cura de las úlceras, en la cual se emplean las *pomadas mercuriales*, las *lociones escitantes* y las *cauterizaciones ligeras;* pero conviene insistir principalmente en el tratamiento antisifilítico, y si como algunas veces se ha visto, no se adelantase nada con el tratamiento ordinario, no se deberia vacilar en usar los medios empíricos indicados mas arriba, es decir, el cocimiento de Zittmann y el de Pollini, el licor de Fowler, la dieta arábiga, etc.

6.° SIFILIDE PAPULOSA.

La *sifílide papulosa* ha sido descrita tambien con el nombre de *liquen sifilítico*, y es una de las que presentan algunas veces antes de la erupcion un ligero movimiento febril. Las pápulas son tan pronto confluentes como discretas; en el primer caso son muy pequeñas, y en el segundo varían de volúmen desde el tamaño de un cañamon al de una lenteja. Son notables por su tinte cobrizo, y se cubren de escamas delgadas que se renuevan muchas veces.

Algunas veces se hacen mas gruesas todavía las pápulas aisladas y simulan tubérculos; otras, por el contrario, se borran de modo que solo queda la escama.

La *sifílide papulosa confluente* ocupa con preferencia la cara y el cuello; la sifílide papulosa discreta se manifiesta principalmente en los miembros, en el sentido de la estension, y ambas á dos tienen un curso muy crónico.

Es fácil confundir la sifílide papulosa con el *líquen* comun. Los dos principales signos que sirven para distinguirlas son el tinte cobrizo y la falta de prurito, que es algunas veces tan intenso en el líquen comun.

Por lo demás el *tratamiento* nada ofrece de particular.

7.° SIFILIDE ESCAMOSA.

La *sifílide escamosa* se divide en dos formas sobre las cuales voy á decir algunas palabras, á saber: la soriasis sifilítica y la sifílide escamosa córnea.

a. Soriasis sifilítica. Solo en dos puntos se diferencia la soriasis sifilítica de la no sifilítica que hemos descrito anteriormente, y son: 1.° la menor adherencia de las escamas, y 2.° el color cobrizo ó moreno de las placas. Una particularidad que conviene no olvidar, es que la soriasis sifilítica se presenta casi siempre bajo la forma de *soriasis guttata.*

Bien se conoce, por lo que precede, que el diagnóstico seria bastante difícil, si no se consultasen los antecedentes, y si no se atendiese á los síntomas concomitantes, lo que, y no me cansaré de repetirlo, no debe descuidarse cuando se trata de las enfermedades de la piel.

b. Sifílide escamosa córnea. Esta variedad de sifílide se distingue por sus escamas gruesas, un poco prominentes, duras, agrisadas, que tienen su asiento en placas, ya aisladas ya confluentes. En el primer caso las escamas se parecen á un fragmento de cuerno introducido en el dermis; en el segundo se forma una capa córnea que se hiende y presenta asi hendiduras á veces muy dolorosas. Una aureola de color cobrizo rodea á las escamas.

La sifílides córnea, asi como la soriasis sifilítica, tiene por asiento predilecto la planta de los pies y la palma de las manos; pero ni una ni otra producen comezon.

Para la curacion de la sifílide escamosa se debe recurrir tambien al tratamiento interno indicado anteriormente.

8.° SIFÍLIDE MACULADA Ó MANCHADA Ó MANCHAS SIFILÍTICAS.

Cazenave ha incluido esta especie entre los síntomas concomitantes; pero en rigor se puede conservar. Consiste únicamente en simples manchas parduscas, aisladas, del diámetro de un duro, poco mas ó menos, que no desaparecen á la presion del dedo, y no son pruriginosas. Ocupan principalmente el tronco, la parte anterior del cuello y los miembros inferiores.

Estas manchas acompañan á otra especie de sifílides, y por esta razon Cazenave ha hecho de ellas un simple síntoma concomitante.

Tal es la breve descripcion de las sifílides, pues necesariamente he debido suprimir gran número de pormenores interesantes, y bajo este concepto debo remitir al lector á la escelente obra de Cazenave de la que es preciso tomar casi toda la descripcion de estas enfermedades que tanto importa conocer.

¿Deberé ahora hacer la historia de los síntomas concomitantes? No lo creo asi, pues por una parte tendria que remitirme con mucha frecuencia á la descripcion de las enfermedades de que he tratado ya, como por ejemplo, á la angina ulcerosa, á la coriza ulcerosa ú ocena sifilítica, etc., y por otra muchas afecciones, como las oftalmias, las vejetaciones, los tumores, etc. pertenecen particularmente á la cirujía. Todo lo que debo añadir aquí es que estos síntomas concomitantes son de mucho valor y que aclaran mucho el diagnóstico de las sifílides, asi como estas aclaran el suyo.

LIBRO NOVENO.

ENFERMEDADES CUTANEAS FEBRILES.

Me ha parecido conveniente hacer una clase distinta de las enfermedades cuya descripcion va á seguir, porque por una parte todos los autores, sin esceptuar los que se han ocupado especialmente de las enfermedades de la piel, reconocen que en la mayor parte de ellas por lo menos, la lesion de la piel está lejos de constituir toda la enfermedad, y por la otra su historia me conduce naturalmente á la de las calenturas con las que tienen numerosos puntos de semejanza. Dividiré estas afecciones en dos grupos, de los cuales el primero comprenderá los exantemas febriles, y el segundo las afecciones vesiculosas y pustulosas que se desarrollan bajo la influencia de un agente misterioso, como la viruela loca y la viruela, cuyo movimiento febril es tan notable.

Entre estas enfermedades una sola parecerá mal colocada bajo el punto de vista de que las examinamos: tal es el *eritema*. Efectivamente, este exantema no está acompañado ordinariamente de ningun movimiento febril, y lejos de desarrollarse bajo la influencia de una causa general, resulta muchas veces de un simple roce ó del contacto de un cuerpo irritante. Pero me ha sido imposible separar el eritema de los demás exantemas; por otra parte, cuando esta erupcion es estensa va algunas veces precedida de síntomas generales, y con mucha frecuencia tambien es sintomática de ciertas afecciones febriles, y por consiguiente no estará tan mal colocada como se pudiera creer á primera vista.

CAPITULO I.

EXANTEMAS.

Los *exantemas*, escepto, como acabo de decir, el eritema, tienen prodromos comunes, que son: los escalosfrios irregulares, las laxitudes espontáneas, un movimiento febril á veces muy intenso, la cefalalgia, la sed y la anorexia. Pero precisamente la existencia de estos síntomas comunes es lo que da á estas enfermedades un aspecto particular y las asemeja á las calenturas, como casi todos los autores lo han hecho notar. Además, estos prodromos tienen en general bastante duracion, de suerte que por espacio de uno ó muchos dias solo hay una calentura que hace incierto el diagnóstico. Esto es lo que justifica la division que he adoptado.

ARTICULO I.

ERITEMA.

No repetiré las razones que me hacen incluir en este lugar el eritema.

Esta afeccion es poco importante, y ha sido estudiada casi esclusivamente por los médicos que se han ocupado en especial de las enfermedades de la piel.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

El eritema es un exantema caracterizado por una rubicundez ligera y superficial, sin forma determinada.

Willan es el primero que ha dado á esta afeccion el nombre de *eritema*, que Bateman y Biett han adoptado. Se ha designado al eritema bajo los nombres de *intertrigo*, *macula*

volatica y *eflorescencia*. Alibert le daba el nombre de *herpes eritemoides*.

El eritema es una afeccion cutánea que se presenta con mucha *frecuencia*, lo que se comprenderá muy fácilmente cuando haya enumerado las causas que le producen.

§. II.

CAUSAS.

«El eritema, dicen Cazenave y Schedel, resulta muchas veces de la accion mas ó menos directa sobre la superficie de la piel de diversas *causas esternas:* asi que es producido por el *roce repetido de dos superficies contiguas del cuerpo*, sobre todo en los niños y en las personas mas ó menos obesas. Entonces se le observa debajo de los pechos, en las axilas, en las íngles y á la parte superior de los muslos (*intertrigo*, Sauvages). En las mismas circunstancias se desarrolla tambien en las nalgas y en la parte interna de los muslos, á consecuencia de una *carrera* ó de una *equitacion violenta*.

»Tambien puede ser producido por la accion del *sol* y el *frio*, el contacto de las *flores blancas*, del *flujo gonorráico* y *disentérico*, de la *orina* y de las *materias fecales*. Algunas veces sobreviene en el labio superior por el contacto del *humor acre* que fluye de las narices *en la coriza*.

»El eritema es las mas veces *sintomático de otra afeccion*. Se le ve desarrollar con frecuencia en los niños en la época de la *denticion*, en las personas pletóricas, y en las mugeres en el *período menstrual*, y en la *época crítica*. Sobreviene á consecuencia *de la ingestion de sustancias irritantes*, y se observa algunas veces despues de la *administracion del bálsamo de copaiba*.»

§. III.

SÍNTOMAS.

Es raro ver el eritema precedido de *síntomas* generales. Cuando estos se hallan consisten en un malestar general, una ligera anorexia y un poco de laxitud.

Está formado por *manchas* de una estension muy variable é irregulares. Estas manchas son de color *rojo* algo vivo, muy superficiales, y *desaparecen bajo la presion* del dedo para reproducirse inmediatamente despues.

El límite de estas manchas no es tan distinto como el de la erisipela; por el contrario, las mas veces la rubicundez eritematosa se pierde insensiblemente hácia los puntos de la piel que han conservado su color normal.

En el punto ocupado por estas manchas hay un *calor* algo mas vivo que en los puntos que han quedado sanos, lo cual debe entenderse principalmente de la sensacion que esperimenta el enfermo. El *dolor* es casi siempre muy poco vivo, reduciéndose á una ligera sensacion de *escozor* que por momentos se hace mas fuerte. El dolor se aumenta especialmente cuando las partes estan espuestas á un calor vivo.

Es raro que á esta rubicundez acompañe la *hinchazon*, y cuando existe una tumefaccion, presenta caracteres particulares que han servido para dividir el eritema en muchas variedades de las que voy á dar una breve descripcion.

1.° *Eritema papuloso.* Este eritema está formado por *placas* de pequeña estension, ligeramente prominentes y semejantes á pápulas. Las placas son al principio rojas, pero al momento se ponen violadas, como todas las partes inflamadas en las que la inflamacion se termina por resolucion. Por lo demás, no tarda en disminuir la tumefaccion que constituye estas placas, porque es raro que dure mas de dos dias, y el eritema está entonces reducido á la simple rubicundez.

2.° *Eritema tuberculoso.* (*Erythema tuberculatum* de Willan.) Esta variedad no se diferencia de la precedente sino en la persistencia de las placas, las cuales se ponen mas prominentes, siendo esta la causa de que se las haya comparado á los tubérculos de la piel.

3.° *Eritema nudoso.* Esta variedad, que se manifiesta principalmente en la parte anterior de la pierna y ataca especialmente á los niños, á las mugeres y á los sugetos de constitucion débil, va mucho mas frecuentemente precedida que todas las demás de síntomas generales (sed, anorexia, ligero movimiento febril).

Las manchas son un poco elevadas hácia el centro y su

estension varía en latitud desde uno á tres centímetros (de 5 á 15 líneas) de diámetro. Estas manchas se convierten al cabo de algunos dias en verdaderos tumorcitos de color rojo oscuro y dolorosos. El color no tarda en ponerse azulado, los tumorcitos se reblandecen, y al cabo de diez á quince dias han desaparecido.

Tales son las importantes variedades del eritema; se ve pues que las mas principales son: 1.ª aquella en que el eritema superficial ocupa mayor superficie; y 2.ª el eritema nudoso.

Me contentaré con añadir que se ha descrito bajo el nombre de *intertrigo* el eritema que resulta del roce de dos superficies contiguas, y que en semejante caso existe algunas veces una exudacion serosopurulenta de olor fastidioso; que el *eritema fugaz* es el que se manifiesta y desaparece prontamente en el curso de un movimiento febril contínuo ó intermitente; que el *eritema centrífugo*, variedad rara descrita por Biett, es notable por la elevacion de las placas y su rubicundez alrededor, y tambien por su principio, porque empieza por un punto papuloso que toma un incremento escéntrico; y por último, que el eritema deja algunas veces en pos de sí una *ligera descamacion*.

El *diagnóstico* del eritema no me parece de bastante importancia para que yo insista en él. En efecto, ya veremos mas adelante que la *erisipela*, la *urticaria*, etc. se diferencian esencialmente de esta enfermedad, para lo cual no habrá mas que comparar las descripciones.

El *tratamiento* de esta afeccion es bien sencillo. En el *eritema simple* bastan algunas *lociones emolientes*, *baños tibios* y *bebidas refrigerantes*. Si se trata del intertrigo debido al roce de dos superficies contiguas, es necesario, y es una práctica vulgar, espolvorear las partes con polvos absorventes, tales como el de *licopodio*, de *carcoma* ó de *almidon*.

«Los eritemas ó rubicundeces morbosas que aparecen con frecuencia, dice Cazenave, en las mugeres en la época crítica, que coinciden con un retardo ó una supresion del flujo menstrual, reclaman el uso de las emisiones sanguíneas, de los diluentes, un régimen suave y medios aplicables á un estado pletórico.

»El eritema nudoso no exige por lo general ningun medio

particular, aunque es la variedad mas grave; los tópicos, primero emolientes y despues astringentes, son enteramente inútiles: algunos *baños*, ligeros *laxantes* y en algunos casos mas *cortas emisiones sanguíneas* constituyen todo el tratamiento. Debe añadirse sin embargo que es una precaucion indispensable la *quietud absoluta de la parte afectada*.»

El doctor Wilson (1) ha usado con buen éxito las aplicaciones de *colodion* en los puntos afectados en los eritemas crónicos de la cara.

ARTICULO II.

ERISIPELA.

Todos los autores han dedicado á la *erisipela* un artículo importante. En efecto, esta enfermedad es casi siempre seria, y á veces muy grave, y reclama un tratamiento bastante activo.

Se han propuesto numerosas divisiones para el estudio de la erisipela; pero no me detendré en las admitidas en los últimos siglos, porque se confundian diversas afecciones con el nombre de erisipela. En cuanto á las que se han propuesto mas recientemente, es fácil convenir que gran número de ellas se fundan en circunstancias accesorias. Asi pues, cuando se nos habla de la *erisipela gástrica*, de la *erisipela linfática*, *venosa*, etc., se debe entender que se trata evidentemente de particularidades que basta mencionar. Creo, pues, con la mayor parte de los autores franceses modernos, que basta distinguir: 1.° una *erísipela simple* ó *verdadera* (Cazenave), y 2.° una *erisipela flemonosa*. En cuanto á la *erisipela gangrenosa* no importa mucho admitirla, puesto que no es otra cosa que el resultado de la violencia de la inflamacion, principalmente en los casos de erisipela flemonosa. Con mucha mas razon debo omitir las variedades designadas con los nombres de *erisipela edematosa*, *vesiculosa* y *flictenosa*, porque resultan de particularidades poco importantes que bastará mencionar al hacer su descripcion. Pero hay una forma á la que no podré menos de dedicar algunas palabras en particular, y es la *erisipela ambulante*. En efecto, los

(1) *The Lancet* y *Repert. de pharm.*, Enero de 1849.

prácticos saben bien que esta forma es de la mayor importancia respecto del curso, duracion y gravedad de la enfermedad, por lo cual merece una mencion especial. En cuanto á la *erisipela complicada* bastará indicar en este artículo las complicaciones que se han observado. Asi pues, no admito sino las siguientes grandes divisiones: erisipela simple, erisipela flemonosa y erisipela ambulante.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La erisipela es la inflamacion de la piel (erisipela simple), que se estiende á veces al tejido celular subcutáneo (erisipela flemonosa), partiendo ordinariamente de un punto central para estenderse á las partes inmediatas (erisipela fija), á veces serpenteando, por decirlo asi, sobre la superficie cutánea, é invadiendo sucesivamente una gran estension del cuerpo (erisipela ambulante). Basta esta simple definicion, y me parece inútil añadir los principales caracteres sintomáticos de la afeccion.

La erisipela ha recibido muchos nombres, y asi se la ha llamado *ignis sacer*, *febris erysipelatosa*, *rosa*, *fuego de San Anton*, *mal de los ardientes*, *fuego sagrado;* pero el nombre generalmente admitido en la actualidad es el de *erisipela.*

La erisipela es una enfermedad bastante comun, y ya veremos mas adelante cuáles son las partes que generalmente estan mas frecuente atacadas, y cuáles son las formas que se observan mas comunmente.

§. II.

CAUSAS.

Tenemos acerca de las *causas* de la erisipela algunas investigaciones interesantes de que voy á aprovecharme.

1.° Causas predisponentes.

Las noticias que encontramos en la ciencia acerca de la influencia de la *edad* son bastante vagas. Sin embargo, en general se puede decir que las diversas partes del cuerpo no estan igual-

mente espuestas á la erisipela en las diferentes edades. En los recien nacidos la erisipela se presenta principalmente en el abdómen, en los adultos en la cara y en los ancianos en los miembros, con especialidad en los inferiores.

Sexo. Las mugeres estan algo mas predispuestas á la erisipela que los hombres, y esto es lo que resulta de los datos estadísticos de Louis, Chomel y Blache.

Temperamento, *constitucion.* Sobre este punto no tenemos datos suficientes. En general se admite que todas las constituciones estan casi igualmente espuestas á la erisipela, pero que si la constitucion es robusta y el temperamento sanguíneo, la erisipela será ordinariamente inflamatoria ó flemonosa, al paso que en un sugeto débil y linfático será edematosa, etc. No tengo necesidad de decir que estas son indicaciones vagas que convendria fijar con mas exactitud.

Climas, *estaciones.* Este es tambien un punto sobre el cual tampoco tenemos datos exactos. Se cree que la erisipela es mas frecuente en los climas cálidos, y en cuanto á las estaciones, Chomel y Blache dicen que la primavera y el otoño favorecen el desarrollo de la erisipela.

La *alimentacion* escitante y el *abuso de las bebidas alcohólicas* serian, segun algunos autores, condiciones que favorecen la produccion de esta enfermedad; pero nada de esto se halla probado.

Constitucion médica. Una multitud de hechos nos enseñan que en ciertas épocas son muy frecuentes las erisipelas. Entonces la menor lesion en la cubierta cutánea es la causa determinante de una erisipela, hasta un punto tal que los cirujanos no se atreven á emprender la operacion mas sencilla. ¿Qué hay en el estado de la atmósfera que pueda esplicar esta gran frecuencia de la erisipela? Hasta ahora no se ha podido saber.

Herencia. Se han referido hechos que parecen probar, que en ciertas familias la erisipela se desarrolla espontáneamente con mucha facilidad, y tambien por la influencia de la causa mas leve; pero aun no estamos bien fijos en este punto. Lo que hay de cierto es que algunas personas se hallan particularmente predispuestas á la erisipela y son frecuentemente atacadas de ella; asi es que se ven algunos que sin causa conocida tienen una ó dos veces al año una erisipela de la cara.

Estado de salud. El estado de salud de los individuos merece una mencion particular, no solo porque la erisipela se produce con gran facilidad en sugetos ya mas ó menos gravemente enfermos, sino tambien porque cuando la salud se halla alterada, la erisipela es de mayor gravedad. Asi ha podido decir Louis que cuando la erisipela de la cara recae en sugeto sano y robusto, se termina siempre por la curacion, siendo asi que en condiciones opuestas puede ocasionar la muerte. En efecto, en casos que no son muy raros se ve una erisipela, y sobre todo una erisipela ambulante, venir hácia el fin de las enfermedades crónicas á acelerar la muerte de los enfermos.

2.° Causas ocasionales.

Acabamos de ver cuán grande es la parte de la predisposicion en la produccion de la erisipela; esta es tal que segun muchos autores, la accion de las causas esternas nunca es bastante por sí sola para producir esta enfermedad, y es dificil no participar de esta opinion, á pesar de que en algunos casos escepcionales la erisipela haya parecido determinar por sí misma una irritacion viva y prolongada de la piel.

Ya sabemos que ciertas *lesiones* son favorables á la produccion de esta enfermedad: tales son el edema, la elefantiasis de los árabes, las úlceras, las varices, etc. Parece que ciertas *operaciones* deben incluirse mas que otras entre las causas determinantes, y son principalmente las que se practican en la cara. Es sabido que la erisipela abdominal de los recien nacidos es con frecuencia ocasionada por la *inflamacion de la vena umbilical.*

La misma influencia se ha atribuido á la *alimentacion irritante* ó á *alimentos particulares.* Efectivamente, se han citado hechos curiosos, en los que el uso de ciertos alimentos producia la erisipela; pero estos son resultados de una idiosincrasia en que no nos debemos detener.

Los datos que tenemos acerca de la influencia de las *emociones morales* y de las *impresiones atmosféricas* no son muy exactos. Se han referido casos en los que se han advertido estas causas, pero son raros y poco importantes para nosotros.

Los *agentes irritantes* aplicados sobre la piel, las *fricciones*,

los *golpes*, las *heridas*, etc., son con bastante frecuencia seguidos de erisipela; pero cuando se trata de estas causas es cuando se debe invocar esta predisposicion de que he hablado mas arriba. En efecto, se ven ciertos sugetos en los que se produce una erisipela á consecuencia de una lesion que se ha tenido ocasion de observar centenares de veces en otros, sin que sobrevenga semejante accidente.

No hago mas que indicar el *contagio* admitido por algunos autores, pero sin fundamento, y me limito á recordar que la erisipela se presenta con bastante frecuencia bajo la forma *epidémica*.

§. III.

SINTOMAS.

Al tratar de la descripcion de los *síntomas* es cuando importa seguir la division que he indicado mas arriba, y añadir algunas subdivisiones que no carecen de importancia, en particular las que consisten en el estudio de las diversas erisipelas consideradas bajo el punto de vista de su sitio. Asi es como la *erisipela de la cara*, por ejemplo, presenta además de los síntomas comunes á todas las erisipelas, particularidades que merecen llamar nuestra atencion.

1.° *Erisipela simple*. La erisipela simple es la que se debe estudiar como tipo. En efecto, es fácil añadir en seguida á la descripcion de la inflamacion limitada á la piel las demás lesiones que pueden considerarse como una estension ó una complicacion de esta inflamacion cutánea.

Invasion. La erisipela empieza tan pronto por síntomas locales, como por síntomas generales mas ó menos intensos, que pueden durar veinticuatro horas y mas. En el primer caso abren la escena la rubicundez y una sensacion de calor dolorosa; en el segundo hay escalofríos, horripilaciones, sed, anorexia, laxitudes espontáneas, aceleracion del pulso, en una palabra, los síntomas que anuncian que va á desarrollarse una flegmasia bastante intensa, sin que se pueda decir cuál será el sitio que ocupará.

Ya veremos mas adelante que los ganglios linfáticos, á don-

de se dirigen los vasos linfáticos de la parte afectada, presentan á veces una tumefaccion dolorosa. Pero esta tumefaccion existe en algunos casos antes de la rubicundez erisipelatosa; esto es lo que se observa particularmente en los ganglios submaxilares, en los sugetos afectados de erisipela de la cara, lo que ha permitido á Chomel anunciar la aparicion de una erisipela facial cuando nada podia hacerlo preveer en el estado de la piel de la cara. Pero este es un conjunto sobre el cual ya volveré á hablar mas adelante.

Síntomas. El *dolor* consiste primero en una sensacion de calor acre, que está acompañado algunas veces de un prurito desagradable. Bien pronto aumentándose los demás síntomas, este calor se hace abrasador, y hay una sensacion de escozor acompañada de tension. Este dolor es contínuo; pero muchas veces sobrevienen exacerbaciones principalmente por la tarde, y basta para exacerbarle el mas ligero contacto. En algunos casos el dolor es medianamente vivo.

La *rubicundez* varía del color rosa claro al rojo subido; este último se observa principalmente en una época bastante avanzada de la enfermedad.

Además de la sensacion de calor esperimentado por el enfermo, se advierte un *aumento de la calorificacion* en las partes enfermas; pero examinadas estas partes con el termómetro apenas dan dos ó tres grados mas que las partes sanas, aunque la sensacion de calor parezca indicar un aumento mucho mayor.

La piel inflamada *se hincha;* las partes estan hinchadas y tirantes; pero donde mas se nota el aumento de espesor de la piel es en los límites de la erisipela. Efectivamente, en este punto la piel afectada forma una prominencia que es fácil de conocer pasando el dedo de las partes sanas á las enfermas, pues entonces se percibe un rodete mas ó menos marcado segun los casos. Esta esploracion sirve tambien para conocer el aumento de consistencia de la parte enferma. La piel sana está suave y flexible al tacto, y al contrario la enferma resistente y algo áspera.

Esta última sensacion proviene del aumento de volúmen de las papilas del dermis, que forman en la superficie del tegumento pequeñas *granulaciones* visibles á simple vista, fenómeno que importa mucho reconocer, y que se puede comparar

á las granulaciones que aparecen en la superficie de las membranas mucosas inflamadas.

Además de este engrosamiento de la piel hay tambien ordinariamente un estado de *tension* de los tejidos subyacentes, que sin duda es debido al aflujo de los líquidos hácia las partes inflamadas, y que aumenta la hinchazon. Cuando es mas considerable este aflujo de líquidos, se produce un estado edematoso que se nota mas principalmente en las partes en que es mas flojo el tejido celular, como por ejemplo, en los párpados. Esto es precisamente lo que se debe llamar *erisipela edematosa*, porque la erisipela que se manifiesta en una parte afectada, el edema no merece realmente este nombre.

De la hinchazon y del dolor resulta necesariamente una dificultad marcada en las funciones de las partes esternas. Los *movimientos* son difíciles y producen dolores mas ó menos vivos; las aberturas se obstruyen: asi pues es difícil el paso del aire por las narices, los ojos están cerrados por el edema de los párpados, los miembros se doblan difícilmente, etc. Además las funciones de la piel estan suspendidas, y no puede ya verificarse la traspiracion cutánea.

Los *síntomas generales* que acompañan á estos fenómenos son con frecuencia muy intensos. Asi pues se observa un aumento considerable del calor general, especialmente durante la noche. El pulso es frecuente, lleno y fuerte, y puede presentar hasta 120 pulsaciones por minuto y aun mas; hay cefalálgia, ansiedad y agitacion por la noche, vigilia, ó por el contrario soñolencia; la anorexia es completa, y los enfermos tienen á veces náuseas ó vómitos. En el abdómen nada se observa de notable, sino es una tendencia al estreñimiento.

Por lo demás, estos síntomas varían mucho de intensidad, lo que basta decir. Además es necesario advertir que algunos de estos fenómenos presentan necesariamente diversas particularidades segun el sitio ocupado por la enfermedad; pero este es un punto sobre el cual ya volveré á hablar al tratar de las erisipelas de la cara, del abdomen, etc.

Los síntomas generales remiten ordinariamente algo antes de que parezca disminuyen de intensidad los síntomas locales. El calor se aminora, el pulso pierde su fuerza y su frecuencia, y el enfermo siente un bienestar general. Despues la rubi-

cundez adquiere un tinte pardusco, la hinchazon disminuye, la piel está menos tirante, y algo arrugada, y se produce una *descamacion* mas ó menos visible. En efecto, algunas veces se desprenden anchas escamas y otras solo un simple polvó blanco y seco. Se ha hablado de ***descamacion general*** del cuerpo á consecuencia de una erisipela circunscrita á una parte limitada, pero estos son casos enteramente escépcionales. Cuando se ha terminado la descamacion, queda siempre durante un tiempo por lo comun bastante largo, un color rojo moreno en los tejidos afectados, que se disipa muy poco á poco.

Tal es la descripcion de la erisipela en estado de simplicidad. Pero sin perder este carácter, esta enfermedad puede presentar algunos fenomenos accesorios de los que generalmente se han ocupado demasiado, y que basta mencionar. Asi pues se ve algunas veces formarse en la parte inflamada verdaderas flictenas ó ampollas; secarse ó fluir el líquido que contienen por la rotura de la flictena, y producirse costras, esto es lo que se llama *erisipela flictenoides*, ***ampollosa***, ***costrosa y penfigoides***. Otras veces se forman vesículas mas ó menos pequeñas, que llenándose en algunos casos de un líquido purulento, tienen la forma de verdaderas pústulas. En semejante caso, se ha dado á la erisipela los nombres de ***erisipela vesiculosa***, ***eczematosa***, ***pustulosa*** y ***miliar***.

Bien se ve que semejantes particularidades no merecen detenernos largo tiempo. Todo lo que importa decir es que por lo general, cuando ellas se presentan, la inflamacion cutánea tiene bastante intensidad, y los síntomas generales son mas violentos que en los casos en que no existen.

Algunas veces sucede que á consecuencia de la erisipela se forma en uno ó mas puntos de las partes inflamadas, *abscesos* por lo comun poco considerables, que es necesario evacuar y que retardan la curacion. La formacion del pus es habitualmente la consecuencia de una viva inflamacion acompañada de síntomas generales intensos, y va ordinariamente precedida de una recrudescencia de los síntomas generales, y de horripilaciones; pero no es muy raro ver formarse estos abscesos en sugetos que han tenido un movimiento febril poco marcado, y en los cuales se forma el pus sin reaccion perceptible. Casi no es menester hacer notar la relacion que existe

entre la erisipela seguida del absceso y la erisipela flemonosa, de que voy á hablar.

2.° *Erisipela flemonosa.* No me estenderé mucho sobre la erisipela flemonosa, que interesa mucho mas á la patología esterna que á la patologia interna, y solo mencionaré sus particularidades mas notables.

Los *síntomas precursores* son constantes; son de la misma naturaleza que los precedentes, pero mas intensos. En efecto, en el punto que debe ser invadido por la erisipela se nota una tension y una pesadez mas ó menos marcadas.

La *rubicundez* en vez de estenderse por igual, se estiende ordinariamente en *estrías*, que se observan principalmente á lo largo de los vasos linfáticos. Los *ganglios* inmediatos están muy hinchados y dolorosos; la hinchazon es mas considerable, y la consistencia de las partes mayor que en la erisipela simple. El calor es mas intenso y el dolor mas vivo. Muchas veces se forman *flictenas* en la superficie enferma.

Mas tarde la tumefaccion se hace mas considerable, la consistencia es pastosa, y mas adelante todavía los tejidos se aplanan, la rubicundez disminuye y el dolor se hace mucho menor, y es que el pus empieza á formarse en el tejido celular.

En una época mas avanzada la *fluctuacion* se hace manifiesta, y se la reconoce en diferentes puntos separados por tejidos todavía endurecidos. Despues acumulándose siempre el pus, la piel se despega y adelgaza, y se forman aberturas si no las ha hecho ya el instrumento del cirujano, y sale una gran cantidad de pus líquido agrisado ó pardusco y fétido, que arrastra consigo muchas veces pedazos de tejido celular gangrenado.

Por último, se forman estensas conejeras y la piel desprendida se arruga y mortifica. Si el mal no es bastante considerable para causar la muerte, se desprenden porciones de piel mortificada; de aqui resultan úlceras mas ó menos estensas que tardan mucho en cicatrizarse; otras porciones se vuelven á adherir con mas ó menos lentitud, y quedan con frecuencia cicatrices irregulares y profundas. Cuando la enfermedad es bastante intensa para causar la muerte, la supuracion es inagotable, y se forman algunas veces *abscesos metastáticos*.

Mientras se manifiestan estos síntomas locales, los *síntomas generales*, cuya intensidad es siempre considerable, siguen di-

ferentes fases. Asi pues, antes de que se haya formado el pus, cuando la inflamacion está en toda su violencia, hay un movimiento febril considerable, agitacion, delirio, calor abrasador y pulso muy acelerado. Cuando se forma el pus se observan los fenómenos de la *supuracion*, tales como los escalofríos, las horripilaciones, la alteracion de las facciones, la postracion de fuerzas y las pulsaciones en las partes inflamadas. Cuando se ha formado ya y es muy abundante la supuracion, se ven sobrevenir sudores profusos, diarrea colicuativa y síntomas de *calentura hética*. Por último, en ciertos casos se observan los síntomas generales de la *reabsorcion purulenta* (1).

La descripcion que acabo de dar de la erisipela flemonosa seria muy incompleta, si como he dicho mas arriba, no hubiera querido limitarme á indicar las particularidades mas importantes; pero repito que nos basta esta simple indicacion. Veamos ahora lo que conviene saber respecto al asiento de la erisipela, y para esto estudiemos ésta enfermedad en los puntos en que presenta algunos caracteres notables.

a. Erisipela de la cara. La erisipela de la cara es no solo la que se presenta con mas frecuencia á la observacion, sino tambien la que mas veces se produce sin causa determinante apreciable.

Ordinariamente empieza por uno de los lados de la nariz, despues se estiende al otro, invade las mejillas y se dirige á la piel de la cabeza.

Siendo densas casi todas las partes que ocupa y de tejido apretado, el dolor es bastante vivo, á no ser que la inflamacion sea muy ligera. Los párpados se hinchan mucho cuando llega á ellos la inflamacion; los *ojos* estan cerrados y las lágrimas aglutinan los párpados. A veces la inflamacion se estiende al tejido celular de la órbita produciéndose en ella abscesos. Como la *oreja* tiene tejidos mas densos y mas apretados que las demás partes, se pone muy dolorosa y el conducto auditivo se halla obstruido por la hinchazon. Los lábios se hinchan y se ponen muy gruesos, se abren con dificultad y sale por su comisura una saliva viscosa. El dolor es igualmente vivo en la *piel de la cabeza*.

El *estado granuloso de la piel* es notable en los casos de

(1) Véase el artículo *Flebitis*.

erisipela de la cara. Lo mismo sucede en la descamacion que sobreviene cuando ha cedido la inflamacion.

La *cefalalgia* es generalmente considerable, sobre todo cuando la inflamacion ataca la piel de la cabeza. Se ha atribuido el delirio á esta invasion de la piel de la cabeza por la inflamacion, y á la trasmision de esta á las membranas cerebrales; pero nada prueba la exactitud de estas ideas teóricas: el delirio está bajo la dependencia de la violencia del estado febril. Piorry ha atribuido el delirio á la trasmision de la inflamacion al cerebro al través de las partes blandas de la órbita; pero los hechos prueban que está en un error. Sin duda hay delirio cuando la inflamacion penetra profundamente en la órbita; pero esto sucede únicamente porque esta inflamacion es muy violenta, y porque los síntomas generales son muy intensos; en una palabra, porque la erisipela es muy grave, y no, como pretende este médico, porque ha penetrado la inflamacion hasta el nervio óptico y al cerebro. Lo que lo prueba es que se ve con frecuencia á algunos sugetos sucumbir con un delirio muy intenso, aunque el tejido celular de la órbita y del encéfalo se hallen en un perfecto estado de integridad. Esto es lo que por mi parte he observado, y lo que otros muchos médicos han podido ver como yo.

b. Erisipela de la piel de la cabeza. Es raro que la erisipela empiece espontáneamente, es decir, sin lesion determinante en la piel de la cabeza, y mas raro todavía que se fije en esta parte. Sin embargo, se pueden observar casos de esta especie, y Chomel y Blache dicen que uno de ellos ha tenido ocasion de ver algun ejemplo (1). Por nuestra parte nada mas sabemos de estos casos, que lo que han dicho los dos autores que acabo de citar, lo que se puede reasumir asi. Agitacion, insomnio, delirio pasajero, pastosidad, edema de la piel de la cabeza, casi ninguna rubicundez, imposibilidad del decúbito dorsal cuando la inflamacion se estiende al ocipucio, dolor muy vivo, exasperado por el mas ligero contacto, formacion profunda del pus, desprendimiento del pericráneo, caries y necrosis de los huesos, y como síntomas generales, calentura intensa, delirio violento, coma y convulsiones. Cuando se presentan estos síntomas es que ha sobrevenido una meningitis.

(1) *Dict. de méd.*, art. ERISIPELA.

Despues de haber indicado las diversas variedades de erisipela segun el sitio de la enfermedad, es necesario añadir que la inflamacion pasa algunas veces de los límites que acabamos de asignarla, y se estiende á las demás partes.

Tambien se ha descrito la *erisipela del tronco*, la *erisipela de las mamas*, de los *miembros* y de los *órganos genitales*; pero estas diversas variedades solo presentan algunas particularidades de poca importancia, de que es muy fácil formarse una idea.

Los autores han hablado tambien de la *erisipela general*, que no es de mayor interés, y de la cual basta decir que es muy grave, porque la erisipela es tanto mas peligrosa cuanto mayor es su estension.

c. Erisipela ambulante. Esta erisipela no tiene otro carácter particular que el de dirigirse sucesivamente á todas las partes del cuerpo ó á mayor ó menor número de ellas. Ordinariamente empieza por una parte del tronco ó por la nuca, despues se dirige á los hombros, pecho, brazos, lomos, vientre y muslos. Sin embargo, su curso puede ser muy diferente, porque todo depende del punto de donde parte, y como esta erisipela puede ser ocasionada por una herida, por la aplicacion de un vejigatorio, etc., la inflamacion partiendo del punto en que existen estas lesiones, se estiende de allí á las demás partes, siguiendo una ruta diversa segun los casos.

d. Erisipela de los recien nacidos. Seria á la verdad esponerse á ser muy difusos si nos entretuviésemos en describir las formas que puede afectar en los recien nacidos. Yo creo que es mejor establecer la distincion siguiente: los recien nacidos pueden presentar una erisipela semejante á la de los adultos; y entonces, sea que la erisipela ocupe la cara, lo que es bastante raro, ó que ocupe los miembros ó el tronco, nada presenta de particular, sino es la mayor gravedad de la enfermedad en seres débiles y miserables; ó bien la erisipela aparece en el abdomen, y en este caso tiene siempre su punto de partida en una inflamacion del ombligo, como lo habia indicado Hoffmann y lo ha comprobado Thore (1) recientemente; se complica frecuentemente con peritonitis, segun las inves-

(1) *Arch. gén. de méd.*

tigaciones de este último autor, y ofrece por consiguiente caracteres particulares bastante importantes.

Cuando la enfermedad ocupa el vientre, este está duro, muy dolorido, y los tejidos han aumentado de consistencia en gran estension. Yo he visto muchas veces presentarse semejantes signos en los muslos y en la region pubiana. Por lo demás, es inútil indicar los síntomas de la peritonitis concomitante.

No creo que debo pasar mas adelante en la descripcion de los síntomas de la erisipela, pues multiplicando los pormenores, me arriesgaria á hacer esta descripcion dificil de seguir y á veces ininteligible.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la erisipela es esencialmente agudo; es cierto que se ve algunas veces que ciertos sugetos presentan una inflamacion erisipelatosa que no desaparece en mucho tiempo, y tiene de cuando en cuando exacerbaciones; pero estos casos son raros, y entre los que han referido los autores hay un gran número que no pertenecen á la enfermedad de que tratamos, sino á otra afeccion cutánea. En cuanto á aquellos en que se ve sobrevenir una erisipela con intervalos mas ó menos distantes, habiendo cesado completamente la enfermedad en estos intervalos, solo por un abuso de palabras algunos médicos le han dado el nombre de *erisipela crónica*, porque realmente no se trata sino de varios ataques de erisipela aguda. Algunas veces se ve que se traslada la erisipela de un punto á otro mas ó menos distante, y de este á otro; pero esta erisipela, á la que se ha dado el nombre de *errática*, es rara. En la mayor parte de los casos la erisipela se estiende de un punto á otro sin abandonar al primero, y por el contrario, recorre en él sus períodos hasta la descamacion; luego desde el punto que segunda vez ha ocupado pasa á otro, y asi sucesivamente; de suerte que se ven en los límites de la inflamacion los tejidos todavía rojos, duros y dolorosos, al paso que en el centro ó en una estremidad la piel se ha ablanda-

do, arrugado y cubierto de una descamacion mas ó menos manifiesta.

En *los casos de erisipela ambulante* las partes primitivamente afectadas pueden haber recobrado todos sus caracteres normales, aun cuando la inflamacion esté en toda su intensidad en otro punto, verificándose la descamacion en las porciones intermedias.

Asi como los autores modernos, creo que no se puede admitir la *erisipela intermitente.* Esto me conduce á decir algunas palabras acerca de las *recidivas.* Se ven sugetos muy espuestos á la erisipela; pero casi siempre en estos se produce la enfermedad en el mismo punto, y principalmente en la cara. Lo que es de notar en estos casos, es que la erisipela se presenta ordinariamente con un carácter de benignidad marcado.

La *duracion* de la erisipela varía mucho segun las diversas especies y el estado en que se encuentra el enfermo. La erisipela de la cara, segun resulta de los datos estadísticos de Louis, recorre sus períodos en un setenario sobre poco mas ó menos cuando sobreviene en un sugeto que por lo demás esté sano. La erisipela de las demás partes del cuerpo es generalmente mas larga porque recorre mayores superficies; pero la erisipela ambulante se prolonga bastante tiempo. En cuanto á la erisipela flemonosa hay en ella además del período de inflamacion, el de supuracion que puede prolongarse algunas semanas, y el de cicatrizacion que muchas veces es muy largo.

No es posible determinar en general cuál es la *terminacion* de la erisipela, pues varía segun los casos y segun la constitucion médica. Si la erisipela es simple, si sobreviene fuera de la influencia epidémica, si se manifiesta en un hombre que no se halla ni en el curso ni en la convalecencia de otra enfermedad, se termina ordinariamente por la curacion, que es lo que sucede principalmente en la erisipela de la cara. En condiciones opuestas, y sobre todo si se trata de la erisipela flemonosa de bastante estension, la enfermedad se termina frecuentemente por la muerte. Los niños y las personas muy avanzadas en edad deben ponerse en la misma línea que los sugetos cuya constitucion se halla debilitada por una enfermedad; en efecto, su estado de debilidad hace en ellos que una erisipela cualquiera sea frecuentemente mortal.

No debo ocuparme de las *lesiones anatómicas*, porque las que pertenecen en propiedad á la erisipela han sido indicadas suficientemente al hacer la descripcion de los síntomas; y en cuanto á las que son debidas á complicaciones, son muy variables y nada presentan de especial.

§. V.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

No creo sea necesario entrar en muchos pormenores acerca del *diagnóstico* de la erisipela, pues aunque los autores se han preocupado demasiado de la posibilidad de los errores del diagnóstico, cuando se ha tratado de diferenciar esta enfermedad de la *urticaria*, del *sarampion* y de la *escarlatina*, la descripcion de estas afecciones hará ver cuán diferentes son los signos que las distinguen.

No sucede lo mismo con el *eritema*, que algunos autores han considerado sin razon como el primer grado de la erisipela, ó mas bien como una especie muy simple de erisipela. La falta de hinchazon perceptible de la piel y principalmente de las papilas, la diseminacion de las placas eritematosas, su pronta desaparicion y la falta de calentura, en muchos casos, bastan para establecer el diagnóstico.

En cuanto á la *erisipela flemonosa* se distingue, como lo ha hecho muy bien notar Velpeau, de la *flebitis* y de la *inflamacion de los vasos linfáticos*, en que no sigue el trayecto de estos vasos bajo la forma de líneas ó cintas, y que la supuracion invade grandes superficies.

No llevo mas adelante este diagnóstico, porque ante todo es necesario evitar lo inútil, y basta con la descripcion precedente.

Pronóstico. El pronóstico de la erisipela presenta consideraciones importantes, y bajo este punto de vista es necesario distinguir bien los casos. Como he dicho mas arriba, cuando la erisipela es simple y sobreviene en un sugeto jóven y sano, el pronóstico es favorable, á no ser que ocurran circunstancias particulares. La erisipela flemonosa presenta mucha gravedad, y esta gravedad depende de su estension, de la existencia de la reabsorcion purulenta y de la abundancia de la supuracion. La erisipela ambulante ofrece tambien bastantes peligros.

Si sobreviene la erisipela en un sugeto ya enfermo ó convaleciente de una enfermedad grave, hay gran peligro. Louis (1), que ha estudiado con cuidado esta cuestion, ha visto sucumbir muchos enfermos en estas condiciones, aunque la erisipela fuese simple. Habiéndose ocupado Hervieux (2) de la misma cuestion, ha obtenido los mismos resultados. Sin embargo, no por eso se debe creer que la erisipela produzca siempre la muerte por sí misma, pues en efecto, los autores que acabo de citar han observado que los enfermos sucumbian cuando la erisipela habia llegado á la descamacion hacia ya algunos dias. Se puede admitir con Hervieux, que en estas circunstancias la erisipela es mas bien el indicio de un estado grave que una afeccion mortal por sí misma; pero se puede creer que la erisipela ha contribuido á acelerar la muerte, porque vemos ciertas enfermedades, por ejemplo, la viruela, causar la muerte de los enfermos, aun cuando la lesion local ha perdido toda su intensidad ó cesado del todo. Sea de esto lo que quiera, lo cierto es que sobreviniendo la erisipela en un sugeto afectado de otra enfermedad, tiene una gravedad incomparablemente mucho mayor que en las condiciones opuestas. Ya hemos visto anteriormente que en igualdad de circunstancias es notablemente mas grave en los niños y en los ancianos.

§. VI.

TRATAMIENTO.

Tratamiento de la erisipela simple. Muchos son los medios que se han propuesto contra la erisipela: siendo uno de los mas principales la *sangría*, muy pocos son los médicos que se dispensan de hacer emisiones sanguíneas, y la mayor parte tienen mas confianza en la sangría general que en la local.

Si desde luego examinamos la *sangría empleada con moderacion*, hallamos un trabajo importante de Louis (3) que resuelve la dificil cuestion de la eficacia de esta sangría en la erisipela. Habiendo observado Louis con todo el cuidado con que hace sus

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde.*

(2) *Arch. gén. de méd., De l' érysipèle dans la convalesc., ou la période ultime des malad. graves,* diciembre de 1847.

(3) *Rech. sur les effets de la saignée dans quelques malad. inflam.*; Paris, 1835.

investigaciones la accion de la sangría en treinta y un casos de erisipela de la cara, ha visto que es mucho menor que lo que comunmente se cree, puesto que la duracion de la enfermedad solo se ha disminuido unos tres cuartos de dia. Si se ha podido pensar alguna vez que la accion de este medio es mucho mayor, es porque se ha practicado en una época próxima á la declinacion de la enfermedad, y cuando se iba ya á presentar una manifiesta mejoría. Sin embargo, no conviene deducir de estos hechos, como se ha apresurado á hacerlo, que de nada sirve la sangría, pues habiéndose disminuido la duracion, por corta que sea esta disminucion, debe tomarse en consideracion. Así pues, Louis no ha dicho que sea inútil la sangría, sino que su utilidad tiene muy reducidos límites. Sin embargo, otros muchos autores recomendables han atribuido á las sangrías, y sobre todo á las sangrías repetidas, un gran peligro; entre otros citaré á Chomel y Blache, Andral y Bauquin (1), etc.; pero no creo que se halle demostrada la exactitud de esta opinion.

Bouillaud ha aplicado á la erisipela la fórmula de las *sangrías repetidas á cortos intervalos*; pero no se ha probado que fuese mas eficaz en esta afeccion que en las flegmasias de que he hablado hasta el presente.

Algunos autores miran á la aplicacion de *sanguijuelas* en un punto mas ó menos aproximado del mal como un medio mas eficaz que la sangría general, y nada demuestra que sea asi. En algunos casos observados por Louis, la erisipela tratada por las sanguijuelas ha durado más; esto no quiere decir que las sanguijuelas sean perjudiciales, pero no es probable que sean de una eficacia notable. Considerando Broussais que la erisipela tenia su orígen en una irritacion del estómago, aconsejaba las *sanguijuelas al epigastrio*; pero estas ideas no pueden admitirse en la actualidad.

Entre los demás medios que me quedan por examinar, hay algunos que se administran interiormente y otros que se aplican al esterior.

1.° *Medicacion interna.* Algunas veces se ve sobrevenir en el curso de la erisipela una adinamia profunda, y en semejante caso muchos autores, entre los que es necesario citar á Chomel

(1) *Ann. méd.-chir.*, 1827.

y Blache (1), recomiendan suspender las sangrías y recurrir á los *tónicos*. Esta conducta parece prudente; pero sobre este punto, asi como acerca de todos los que tendré que examinar, no tenemos investigaciones bien hechas, y sobre todo en las que se haya tenido en cuenta la duracion de la enfermedad. Otros autores, tales como Selle, Cullen y Stoll, han usado los tónicos (quina, vino, etc.) en casi todos los casos de erisipela; pero ¿qué se deberá deducir de hechos incompletos ó de simples aserciones?

Vomitivos. Una de las medicaciones mas generalmente recomendadas por los médicos y los cirujanos es el uso de los vomitivos. Dessault (2), Autenrieth, el doctor Fischer (3), etc., elogian mucho este medio. Se ha esplicado la eficacia de los vomitivos por el estado bilioso en que se encuentran los enfermos, y aun se ha descrito una variedad de la erisipela con el nombre de *erisipela biliosa;* pero es imposible decir cuál es el grado de utilidad de los vomitivos, porque no se ha presentado en su favor el resultado de una análisis satisfactoria de los hechos. Su accion parece tan diferente segun que se administran al principio ó al fin de la enfermedad, que se hubiera debido tener en consideracion esta circunstancia, cosa que no se ha hecho, y seria de desear que se llenase este vacío. El *tártaro estibiado* en dosis moderada ó *disuelto en gran cantidad de agua* es el vomitivo que mas ordinariamente se prescribe.

Purgantes. Las mismas reflexiones se aplican al uso de los purgantes, cualquiera que sea el que se administre: por consiguiente es inútil insistir sobre este punto.

Reil ha prescrito el *opio* (4) á la dosis de 2 á 3 centígramos ($^2/_5$ á $^3/_5$ de grano) cada cuatro ó seis horas, en los casos en que era el dolor muy vivo. Pero ¿qué influencia tiene esta medicacion en la duracion y en el éxito de la enfermedad? No es posible decirlo. Velpeau (5) asegura que ha obtenido buenos resultados con unas píldoras compuestas de *opio*, de *nitrato de potasa* y de *alcanfor* en los casos en que los síntomas

(1) *Dict. de méd.*, art. ERISIPELA.
(2) *Œuvres chirurgicales*, t. II.
(3) RUST's *Magazine*, t. XVII.
(4) *Fieberlehre*, t. II
(5) *Lancette francaise*, 1831.

generales eran muy graves, y en los que la enfermedad tenia la forma atáxica. Ahora me limitaré á mencionar algunos otros medios usados interiormente, tales como el *aceite de trementina*, empleada por el doctor Harry Cox (1), el *cólchico de otoño* en polvo (2), el *acetato de amoniaco* (Autenrieth) y la *digital* (3).

Erisipela de los recien nacidos. Belladona. El doctor Ivaren (4), de Aviñon, ha referido un caso en el que una erisipela muy grave que sobrevino en un niño de nueve dias, y complicada con endurecimiento del tejido celular subyacente, terminó por la curacion despues de haber recorrido casi todo el cuerpo. La medicacion que le ha parecido surtir mejores efectos, es la siguiente:

℞ Tintura alcohólica de belladona. 1 gota.
Agua azucarada.................. 100 gram. (℥iij)

Se toma á cucharadas de hora en hora.

Al sétimo dia se aumentó la dosis hasta dos gotas de tintura.

Cito este hecho para que se pueda esperimentar de nuevo el tratamiento, porque asi aislado tiene un valor muy limitado.

2.° *Medicacion esterna.* La medicacion esterna es mucho mas rica que la medicacion interna; pero las opiniones estan aun mucho mas divididas acerca de la eficacia de los medios que la constituyen.

Escarificaciones y picaduras. Indicaré en primer lugar las *escarificaciones* sobre la parte afectada que propuestas por Hutchinson (5), han sido reprobadas por otros, y sobre todo por J. Frank, que teme que ocasionen la gangrena. Stoll escarificaba el cuero cabelludo en los casos de erisipela en esta parte. Ya hemos visto que frecuentemente se establece la supuracion en esta variedad de la erisipela, que se puede considerar entonces como una erisipela flemonosa, por lo cual creo que debo dejar mis reflexiones sobre este punto para cuando hable de la erisipela flemonosa.

(1) *The Lond. med. Rep*, 1823.
(2) Bullock, *Journ. des conn. méd.-chir.*, enero de 1835.
(3) Kopp, *Beob. im Gebiete*, etc.; Frank, 1821.
(4) *Revue méd.-chir.*, mayo de 1848.
(5) *Med. chir. Transactions*; Londres, 1814, t. V, p. 278.

Algunos médicos, tales como Lassis, Bright, etc. consideran como muy útiles las *picaduras superficiales* practicadas en número de veinte, treinta y aun mas de ciento. Despues de haberlas practicado se lavan con agua tibia para facilitar el flujo de sangre, y se repite esta pequeña operacion tres ó cuatro veces en las venticuatro horas. Carecemos de los elementos necesarios para apreciar la utilidad ó los inconvenientes de estos medios.

Tópicos. El número de tópicos empleados contra la erisipela es muy considerable. Se han recomendado los *fomentos emolientes*, las *cataplasmas de harina de simiente de lino*, de *fécula de patata*, las *lociones calmantes*; la *aplicacion de harina seca de trigo ó de centeno*; las *unturas con manteca* (Martin Solon), las *unturas mercuriales* (método mercurial), las *compresas empapadas en agua fria*, las *lociones con alcohol alcanforado dilatado en agua*, el *alcanfor cubierto de compresas húmedas*, el *agua blanca* y otros *astringentes*, etc.

He reunido de propósito todas estas medicaciones en este paraje, porque la misma reflexion se aplica á todas ellas, y es que no ha sido puesto su grado de eficacia fuera de duda por una análisis rigurosa de los hechos. ¿No hay razon para mirar como poco fundados los elogios que se han hecho de estos medios, cuando se ve á los mas opuestos ser igualmente alabados, y á los médicos proclamar como muy eficaces los emoliéntes, al paso que otros elogian los refrigerantes? No puedo menos de repetirlo, la principal medida de la accion del medicamento es la duracion de la enfermedad. Si no se ha estudiado bien esta influencia solo se pueden tener presunciones, y las presunciones son mas insuficientes en terapéutica que en cualquiera otra materia.

Unicamente diré algunas palabras acerca de tres ó cuatro de los medios que acabo de mencionar. El uso de las *compresas frias* y de los *astringentes* (Reuss, Gouzee y Wilkinson) tienen algunos hechos que parecen apoyarlas; pero estos hechos son controvertibles, y muchos médicos creen que hay mucho peligro en tratar asi la erisipela, porque pudiera cambiar de sitio la inflamacion y dirigirse á un órgano importante, como por ejemplo, á las meninges en la erisipela de la cara y de la piel de la cabeza. Es preciso reconocer que estos

temores son el resultado de ideas puramente teóricas, y que si en algunos casos ha habido accidentes graves, nada prueba que se deban atribuir al medio empleado.....

Gama y Malgaigne (1) han recomendado la aplicacion del *alcanfor*, y resulta de los hechos referidos por este último observador, que este método no tiene verdaderos inconvenientes; pero por los motivos indicados mas arriba no se puede deducir que tenga grandes ventajas.

Erisipela de los recien nacidos. Trousseau (2) ha usado contra esta erisipela de los recien nacidos y de los niños de pecho el tópico siguiente:

℞ Eter........................... 60 gram. (℥ij)
Alcanfor......................... 30 gram. (℥j)

Estiéndase esta solucion por medio de un pincel de hilas sobre toda la superficie erisipelatosa.

La observacion ulterior es la única que nos puede dar á conocer cuál es la verdadera eficacia de este medio.

Todavía se ha alabado mucho mas el *ungüento mercurial* en fricciones ó en unturas sobre la parte enferma; pero ¿está mejor demostrado que tenga una accion ventajosa? Nadie ha insistido mas sobre su eficacia que Ricord (3); pero si se examina con alguna atencion lo que él ha escrito sobre esta materia, se ve que no se puede deducir ninguna consecuencia que sea inatacable. Citar hechos en los que se ven erisipelas que se han curado pronto, es no hacer nada, pues todos los dias vemos suceder esto mismo casi sin ningun tratamiento. Es por consiguiente necesario emplear los medios de demostracion usados por Louis, lo que asi Ricord como los demás autores que han descrito sobre este punto de terapéutica, no han pensado en hacer. Este último atribuye el no haber obtenido buenos resultados á que se ha usado el ungüento mercurial rancio ó á que no se ha perseverado en el tratamiento. Lo que acabo de decir me dispensa discutir estas aserciones. Por lo demás recomienda esclusivamente las *unturas* hechas de modo que cubran y aun pasen los límites de la superficie erisipelatosa.

A esta práctica se debe unir el uso de las *lociones mercuria-*

(1) *Gaz. méd.*, 1832.
(2) *Bull. gén. de thérap.*, febrero de 1848.
(3) *Lancette francaise*, 1831.

les propuestas por el doctor Schott, quien las practica de la manera siguiente:

℞ Agua.................... 32 gram. (℥j)
Deutocloruro de mercurio. 5 centígram. (1 ℈)

Disuélvase. Se hacen una ó dos lociones en las veinticuatro horas.

Colodion. En un caso observado en la clínica de Briguet, se aplicó sobre la superficie de una erisipela que ocupaba el abdomen, y que habia sobrevenido en las circunstancias mas desfavorables, una *capa de colodion* sobre toda la superficie erisipelatosa, y la erisipela se detuvo inmediatamente en su curso. Aran ha referido en la *Sociedad médica de los hospitales* algunos casos parecidos, y Grisolle (2) ha visto una erisipela incipiente detenida de un dia para el otro de la misma manera, y yo mismo he observado un caso en el que el colodion ha producido un alivio inmediato, y en el que la erisipela que parecia tender á aumentarse, ha cesado de hacer progresos. Estos hechos deben inducir á los prácticos á repetir este tratamiento tan sencillo. Tambien se han elogiado otros tópicos; pero todos son mas ó menos irritantes, y la accion de algunos de ellos es tal, que no puedo dispensarme de estudiarlos.

Vejigatorio. Muchos autores han recomendado el vejigatorio, y hace algunos años que Dupuytren le ha alabado mucho. Pero aqui nos vemos detenidos desde los primeros pasos. Los autores no han tenido en cuenta el curso natural de la enfermedad, y por consiguiente no se puede sacar de ello ninguna consecuencia; por esta razon no haré mas que mencionar opiniones. ¿Se deberá emplear el vejigatorio en todas las erisipelas, ó solamente en la erisipela ambulante? Cazenave y Schedel creen que no se debe recurrir á él sino en este último caso. Por mi parte, despues de haber examinado los hechos y de haber visto muchas veces que el vejigatorio no produce ningun resultado, creo que aun en este caso no se debe tener gran confianza en él. Sin embargo, si hubiere intencion de emplearle, es cierto que al parecer se halla mejor indicado en la erisipela ambulante.

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 de abril de 1850.

En vista de lo que precede, ¿se deberá ahora investigar, como hacen los autores, si es mejor emplear los *vejigatorios ambulantes*, que los *vejigatorios permanentes* y recíprocamente? ¿Es preciso cubrir toda la superficie erisipelatosa, ó solamente una parte? ¿O es necesario establecer la vesicacion no solo en la piel inflamada, sino tambien en una parte de la piel sana? Es manifiesto que no. Unicamente haré mencion de una manera particular de aplicar el vejigatorio, á la que Piorry (1) atribuye numerosos y felices resultados. Aplica un vejigatorio largo y estrecho, un *vejigatorio lineal*, alrededor de la superficie inflamada, y algunos centímetros mas allá de los límites del mal, y segun él dice, la inflamacion se detiene por este vejigatorio lineal, como una barrera que no se puede atravesar. En efecto, en los hechos citados por Piorry se ve que la inflamacion queda mas acá del punto donde se ha hecho la vesicacion; pero es necesario advertir que las erisipelas de que se trata son erisipelas producidas por causa esterna, que duran hace ya muchos dias cuando se aplica el vejigatorio, y que nada prueba que la inflamacion no haya adquirido ya la estension que debia tener cuando se ha recurrido á la vesicacion. Solo estudiando mejor los hechos es como se puede responder á estas objeciones.

Cauterio actual El cauterio actual usado ya bajo la forma de rayas de fuego mas ó menos numerosas, ya en una superficie algo estensa con un cauterio plano, ha sido muy elogiado por Larrey (2); pero aqui se presenta tambien esta causa contínua de duda que me obliga á hacer tantas repeticiones, y que encuentro cuando se trata de apreciar las *fricciones de trementina*, el *linimento de Kentisch* (3) (compuesto de *ungüento basalicon* y de *esencia de trementina*), los *sinapismos*, las *moxas* y los *cáusticos*. Unicamente la cauterizacion por medio del *nitrato de plata* merece que nos detengamos un instante. Este medio usado por el doctor Hibbington (4), y aplicado mas tarde por Tanchou, consiste en tocar toda la superficie de la erisipela, ya con un cilindo de *nitrato de pla-*

(1) *Union médicale*, 1847.
(2) *Clinique chirurgicale*, t. I.
(3) *Amer. med. and surg. Journ.*, 1828.
(4) Véase *Journ. des progrès*, 1827,

ta, ya lo que es mas fácil, con una solucion de esta sal. Despues de esta aplicacion la superficie afectada se pone pálida; ¿pero qué influencia tiene este medio en la curacion?

No paso mas adelante en el estudio del tratamiento de la erisipela simple, aun cuando hay algunos otros medios que merecen se haga de ellos mencion, de los que me ocuparé al tratar de la erisipela flemonosa.

Tratamiento de la erisipela flemonosa. Muchos de los medios usados contra la erisipela simple convienen en la erisipela flemonosa, y deben emplearse con mayor energía. Tales son las *emisiones sanguíneas* generales y locales, las aplicaciones emolientes y los baños. Pero es evidente que todos los tópicos irritantes (vejigatorios, sinapismos y cauterizaciones) que no obran sino en la parte mas superficial del dermis, no hubieran tenido sino un resultado muy incierto, porque la enfermedad se estiende profundamente al tejido celular. Esto es á lo menos lo que resulta de la esperiencia de Dupuytren. Patisier, dice por el contrario que ha tratado con el mas feliz éxito por el vejigatorio mas de cuarenta erisipelas flemosas; pero ningun otro cirujano ha obtenido semejantes resultados.

Si la erisipela flemonosa no ha llegado al período de supuracion, se procura, despues de haber tratado de moderar la inflamacion por emisiones sanguíneas abundantes, hacerla abortar, ya por medio de *incisiones* ó por la *compresion.*

Las *incisiones* deben ser bastante numerosas para que estableciéndose la supuracion por las aberturas que producen no pueda el pus reunirse en un foco, y tambien para que el flujo considerable de sangre á que dan lugar las incisiones, evite la supuracion debida á la inflamacion que se quiere combatir. ¿Se ha conseguido con frecuencia este fin? Hay razon para dudarlo. Muchos autores han atribuido á esta práctica la gangrena de los tejidos, que sobreviene en algunos casos.

La *compresion* es un medio que parece mas útil, y en cuyo favor se han referido casos interesantes. Para practicarla se emplea ya un vendaje comun, ya un vendaje almidonado. Es necesario por una parte que esta compresion no sea escesiva, y por otra que sea suficiente, pues es fácil comprender los inconvenientes que tendria uno y otro esceso.

Cuando se ha establecido ya la supuracion, el tratamiento es enteramente quirúrjico, y no tengo por qué ocuparme de él.

Basta añadir, que asi como en los casos de erisipela simpre, se ha recurrido á una medicacion interna mas ó menos enérgica y que no se diferencia esencialmente. Por lo demás, esta medicacion interna es poco importante.

Tratamiento de las especies y variedades. Nada tengo que añadir respecto de la *erisipela de la cara*, sino que se la ha considerado muchas veces como de naturaleza biliosa, y que por consiguiente se la ha tratado con mas frecuencia por los vomitivos.

En la *erisipela de la piel de la cabeza*, la acumulacion rápida del pus debajo de la aponeurosis y la dificultad que tiene este líquido en salir exigen escarificaciones prontas y profundas.

La *erisipela de los miembros* es la mas fácil de circunscribir por el vejigatorio lineal ó la cauterizacion circular con el nitrato de plata.

Se ha recomendado contra la *erisipela de los recien nacidos* el *ojimiel escilítico* para promover el vómito (1). El doctor Œsterleben prescribió el *sulfato de quinina* á la dosis de 15 milígramos (3/10 de grano) tres veces al dia, juntamente con el *mercurio gomoso de Plenck*, y el niño se curó. El doctor Miles (2) ha dado el *sulfato de quinina* á la dosis de 25 milígramos (medio grano) y alaba sus buenos efectos, pero sin presentar pruebas convincentes.

Tratamiento profiláctico. Muy poco es lo que tengo que decir acerca del tratamiento profiláctico. Las precauciones que se deben tomar son: mantener las heridas y úlceras al abrigo de toda irritacion, evitar en lo posible hacer operaciones durante las epidemias de erisipela, y si absolutamente es necesario, procurar precaverla por todos los medios. Los sugetos que padecen con frecuencia la erisipela deberán averiguar á qué causa pueden atribuirla para preservarse de ella.

Resúmen. Por último, no puedo menos de repetir la reflexion que tantas veces he hecho en el discurso de este pár-

(1) Joerg, *Handb. der Kinderkrank;* Leipzig, 1826.
(2) *The Lond. med Repos.*, 1824.

rafo; con los datos que han suministrado los autores, es imposible determinar la eficacia de los diferentes remedios empleados. Todo lo que sabemos positivamente es que en la erisipela de la cara, la sangría moderada tiene una influencia en la duracion de la enfermedad, pero una influencia muy limitada. En cuanto á los demás medios, los que mas eficazmente han sido recomendados son el vejigatorio, la compresion, las incisiones, el alcanfor esteriormente, las unturas mercuriales y el colodion; y estos serán los que se deban ensayar los primeros, si no parece favorable el curso de la enfermedad.

Breve resumen del tratamiento.

1.° *Tratamiento de la erisipela simple.* Emisiones sanguíneas generales y locales, vomitivos, purgantes, tónicos, digital, belladona, alcanfor, tópicos emolientes, refrigerantes, astringentes, alcanfor al esterior, colodion, unturas mercuriales, lociones mercuriales, vejigatorio, cauterio actual, sinapismos, moxas, cáusticos, trementina esteriormente y cauterizacion con el nitrato de plata.

2.° *Tratamiento de la erisipela flemonosa.* Muchos de los medios precedentes (*emisiones sanguíneas*, *vejigatorios*, etc.), incisiones, compresion, evacuar la supuracion, etc.

3.° *Tratamiento de las especies y variedades.* En la *erisipela de la cara*, vomitivo frecuentemente administrado; en la *erisipela de la piel de la cabeza*, incisiones prontas; en la *erisipela de los miembros*, vejigatorio lineal, cauterizacion circular mas allá de los puntos inflamados; en la *erisipela de los recien nacidos*, preparaciones mercuriales poco activas, sulfato de quinina.

4.° *Tratamiento profiláctico.*

ARTICULO III.

URTICARIA.

Bastará hacer una breve descripcion de esta enfermedad, leve en la mayor parte de los casos.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La urticaria es un exantema caracterizado por placas permanentes sin forma determinada, mas rojas ó mas blancas que la piel sana, fugaces y que causan una comezon incómoda. Esta afeccion, que ha recibido los nombres de *aspritudo* (Celso), *sora* (los árabes), *porcellana*, *febris urticata* y *cnidosis* (Alibert), es una de las enfermedades de la piel que se observa con mas frecuencia.

§. II.

CAUSAS.

«Atacando, dicen Cazenave y Schedel (1), á todas las *edades*, en los dos *sexos*, y manifestándose en todas las *estaciones*, la urticaria acomete sin embargo mas particularmente á los *niños*, á los *jóvenes*, á las *mugeres* y á los individuos de *temperamento nervioso*. Por último, hay personas cuya piel fina y delicada está tan predispuesta, que basta la menor *presion* y el menor *roce* para ocasionar grandes placas de urticaria semejantes á las que resultan de la flagelacion. Se la observa mas frecuentemente en la *primavera* y en el *estío*, en el que algunas veces parece *epidémica*.

»Sin embargo, segun la observacion de J. Frank, sucede algunas veces que se desarrolla bajo la influencia del *frio*, para desaparecer por el contrario bajo la del calor.

»Tambien la urticaria puede ser producida por la accion de *causas directas* apreciables; asi es que se desarrolla por la accion de las hojas de la ortiga, *(urtica dioica)*, por el contacto de ciertas orugas, etc. En estos casos la erupcion mas ó menos local, es las mas veces efímera y de corta duracion.»

Las demás causas son: la *denticion*, las *emociones morales*, los escesos, la *ingestion de ciertos alimentos*, tales como la *carne*

(1) *Traité des maladies de la peau.*

de cerdo, las *setas*, las *almendras*, la *miel* y los *pepinos*, y sobre todo las *almejas*, los *cangrejos* y los huevos de ciertos pescados. Para la accion de estas últimas sustancias se admite generalmente una predisposicion particular, igualmente que para ciertos medicamentos, y en efecto se ven algunos sugetos que por una idiosincrasia particular son atacados de urticaria cada vez que hacen uso de estas sustancias.

Tambien se ve sobrevenir la urticaria en ciertas afecciones agudas, y sobre todo durante el curso de la *calentura intermitente* y del *reumatismo articular agudo*.

§. III.

SÍNTOMAS.

En la descripcion de los *síntomas* de la urticaria se han admitido diversas especies de las cuales las principales son: la *urticaria febril*, la *urticaria evanida* y la *urticaria tuberosa*.

1.° *Urticaria febril*. Se anuncia por síntomas febriles de una intensidad variable y de mayor ó menor duracion (algunas horas ó algunos dias). Estos síntomas consisten en un malestar general, horripilaciones, escalofríos, cefalalgia, dolores epigástricos, náuseas y lipotimias.

Al cabo de un tiempo variable sobreviene un *prurito* incómodo y muchas veces insoportable, un calor mas ó menos vivo en todo el cuerpo, y bien pronto se ve aparecer en una parte de él mas ó menos estensa, y principalmente en los hombros, lomos y muslos, unas *elevaciones* ya de color de rosa, ya de un rojo bastante subido ó de un rojo vivo, ya pálidas, como si estuviesen constituidas por una sufusion serosa del dermis, ya en fin pálidas en su centro y mas ó menos rojas en su contorno.

Su forma es muy diversa, circular, oval é irregular; su estension muy variable y sus bordes duros; su número es igualmente muy variable, porque unas veces solo se ve un corto número bastante distintas unas de otras, y otras por el contrario son confluentes, y en este último caso cubren con bastante frecuencia todo el cuerpo. Koch afirma (1) que las ha

(1) *Progr. de febr. urtic.*; Leipz., 1792.

visto hasta en la boca. Un fenómeno que se observa constantemente es un *prurito* muchas veces insoportable, que se aumenta por el calor de la cama y tambien con los roces del enfermo.

Las placas consideradas individualmente son de corta duracion, pudiendo ser esta de solo algunos minutos ó de una ó muchas horas. Algunas veces, sin embargo, se manifiestan por uno ó mas dias; pero estos últimos casos son muy raros. De aqui resulta que la erupcion consiste en una aparicion mas ó menos rápida de placas diseminadas, y que desaparecen para ser reemplazadas por otras, y aun es bastante comun ver disminuir notablemente la erupcion, y aun desaparecer casi completamente durante muchas horas para reproducirse de nuevo.

A veces la aparicion y la desaparicion de las placas son periódicas; la urticaria es entonces *intermitente*, y lo que prueba que es de la naturaleza de las calenturas de este nombre, es que cede prontamente al febrífugo. Otras veces, como he dicho antes, acompaña simplemente á una calentura intermitente, y cede con ella al sulfato de quinina.

De la presencia de las placas en las diversas partes del cuerpo resulta una *hinchazon* de los tejidos, acompañada de dificultad en los movimientos. Asi pues los lábios y los párpados se engruesan y se abren mas difícilmente, y las articulaciones están un poco hinchadas y rígidas. Algunas veces acompaña el *eritema* á la urticaria; en semejante caso, la hinchazon y la rigidez son mas considerables, y la enfermedad se termina por una descamacion que de ningun modo corresponde á la urticaria.

Los *síntomas generales* tienen una intensidad de las mas variables. Algunas veces la calentura es intensa el primero y el segundo dia, hay una viva agitacion y aun delirio; pero con mucha mayor frecuencia es muy moderado el movimiento febril.

El *apetito* se pierde por lo general al principio; pero es raro que haya síntomas algo notables en los órganos digestivos, á no ser que se trate de aquellos casos en que la enfermedad es ocasionada por la ingestion de las sustancias alimenticias ó las medicinales mencionadas mas arriba. En-

tonces se observan algunas veces vómitos, con diarrea mas ó menos abundante y dolores de tripas. Estos síntomas son al parecer los de una simple indigestion; pero algunas veces son tan violentos que hay razon para suponer un *envenenamiento* por una sustancia acre.

Despues de apariciones mas ó menos numerosas, desaparecen las placas de la urticaria *sin dejar ningun vestigio.*

2.° *Urticaria evanida.* Esta variedad es particularmente notable por su curso que es *crónico;* pero tambien tiene algo de particular bajo el punto de vita de la erupcion. Las placas, ordinariamente irregulares y prolongadas, se asemejan á las señales de una flagelacion reciente: se manifiestan durante algunas horas, y despues desaparecen para reproducirse una ó mas veces en las veinticuatro horas.

3.° *Urticaria tuberosa.* La urticaria tuberosa es la mas grave de todas. La erupcion se halla constituida no por simples placas superficiales, sino por unas especies de nudosidades que penetran profundamente en el dermis, y ocasionan en las partes una tension y una incomodidad considerable. En esta variedad los *síntomas generales* son ordinariamente intensos; la erupcion aparece habitualmente por la noche, y al dia siguiente queda un abatimiento notable. En algunos casos se ha visto en lugar de simples induraciones producirse equímosis, roturas, una hinchazon enorme, con sufocacion, agitacion é incomodidad estrema en los movimientos; pero estos casos son escepcionales.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la *urticaria febril* es rápido. Hay muchas erupciones, pero no son interrumpidas por intervalos tan marcados como en las demás variedades á no ser que la enfermedad complique una calentura intermitente. La *duracion* de esta especie es de cerca de un septenario. La *urticaria evanida*, cuyo *curso* es crónico, como he dicho anteriormente, tiene por lo comun una *duracion* de dos meses, pero puede durar mucho mas; y la *urticaria tuberosa* persiste algunas

veces años enteros. Es sumamente raro que la urticaria se termine por la muerte; y aunque los autores que se han ocupado de las enfermedades de la piel han admitido la posibilidad de esta terminacion, no se ha citado ningun ejemplo.

§. V.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

«En el *lichen urticans*, que pudiera tomarse, dice Cazenave, por algunos casos de urticaria, las pápulas son redondeadas, mucho menos estensas, menos prominentes, su color es mas oscuro, resisten mas á la presion del dedo, jamás desaparecen espontáneamente, y presentan siempre en los alrededores los elementos propios del líquen, verdaderas pápulas que basta haber visto una sola vez para no confundirlas jamás con las placas de la urticaria.

»La *urticaria tuberosa* podria, en algunas circunstancias, confundirse con el *eritema nudoso;* pero el curso agudo, contínuo y persistente del eritema, bastará en todos los casos para separarle de esta variedad grave de la urticaria que se presenta con caracteres enteramente opuestos.»

En vista de lo que precede, es evidente que el *pronóstico* de la urticaria no es grave. Solo la urticaria tuberosa constituye por sí sola una enfermedad séria.

§. VI.

TRATAMIENTO.

Creo que será suficiente presentar el pasaje siguiente de Cazenave, que manifiesta muy bien al médico la conducta que debe seguir en los diferentes casos; pero antes indicaré la utilidad de las *emisiones sanguíneas*, y principalmente de la *sangría general*, cuando la calentura es intensa y la agitacion es grande. En semejante caso siempre he visto que la sangría produce una calma notable de un dia para otro, y nunca la he visto producir el menor accidente.

«La urticaria, dice Cazenave, que es el resultado de las cau-

sas directas, no reclama las mas veces ningun tratamiento. Las *aplicaciones locales aciduladas*, un *baño tibio* ó dos y las *limonadas ligeras*, serian los únicos medios que se deberian emplear si la erupcion no desapareciese prontamente. Las *lociones con el acetato de plomo líquido*, dilatado en agua, con una solucion de *subcarbonato de potasa*, y aun los *baños generales convertidos en alcalinos por la adicion de esta sal*, son algunas veces necesarios para calmar las comezones muy vivas, sobre todo cuando la erupcion ha sido producida por el contacto de ciertas orugas.

»La *urticaria febril simple* cede fácilmente á un *régimen severo*, á las *bebidas refrigerantes* y á algunos *baños tibios*. Algunas veces tambien son muy útiles los *purgantes ligeros;* pero cuando es el resultado de la ingestion de ciertos alimentos, es necesario apresurarse á *promover el vómito*, si no se ha verificado ya. En seguida se dará una *bebida muy acidulada* (1 ó 2 gramos (18 gotas á media dracma) de ácido sulfúrico medicinal por dos cuartillos de agua de cebada), ó bien agua azucarada, y *cada media hora de treinta á cuarenta gotas de éter* en un terron de azúcar.»

Estanislao Martin (1) dice que una cucharada de *alcoholado de melisa* disipa casi intantáneamente la inflacion del vientre, las ganas de vomitar y la comezon de la piel, *cuando la urticaria es producida por alimentos irritantes, y sobre todo por las almejas.*

«La *urticaria crónica*, añade Cazenave, es todavía mas difícil de curar; entonces es necesario insistir en el *régimen*, teniendo cuidado de suprimir todo lo que al parecer ejerza alguna influencia en el desarrollo de la erupcion, y en algunos casos es bueno *cambiar enteramente las costumbres del enfermo*. Las *emisiones sanguíneas generales* ó la aplicacion de *algunas sanguijuelas al ano* pudieran ser muy útiles en los jóvenes pletóricos y en las mugeres mal regladas. Los baños tibios simples, cuando la enfermedad dura demasiado tiempo, producen un resultado menos ventajoso que los *baños alcalinos* y los *baños de vapor*, y aun los *chorros de vapor* cuando la erupcion afecta un sitio predilecto. Las *bebidas aciduladas* y los *laxantes suaves* son

(1) *Bull. gén. de thér.*, mayo de 1850, p. 410.

los medios que mas conviene agregar á los precedentes en la mayor parte de los casos.»

El doctor Marrotte (1) ha obtenido la curacion de una urticaria crónica, que se habia resistido durante mas de seis meses á diversas medicaciones, por medio de unas píldoras que contenian 5 centígramos (un grano) de estracto de *acónito*, tomando dos al dia para empezar, y aumentándolas rápidamente hasta doce. En tres semanas se completó la curacion.

«*Cuando la urticaria*, dice Cazenave, *acompaña á la calentura intermitente*, es necesario combatir esta última afeccion por una medicacion conveniente; asi es como se obtienen frecuentemente muy buenos resultados del *sulfato de quinina;* los accesos febriles cesan, y las mas veces desaparece con ellos la erupcion. Por último, *si hubiese fallado la quina*, y si se presentase la urticaria intermitente con los síntomas graves de que hemos hablado, ya hemos visto mas arriba que se pudiera recurrir á la *solucion de Fowler* con probabilidad de buen éxito.»

ARTICULO IV.

ALFOMBRILLA.

(Roseola.)

Solo tengo que decir algunas palabras de esta enfermedad leve, cuya existencia se pone en duda (*) y que no exige ningun tratamiento particular.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Se da el nombre de alfombrilla á una erupcion exantemática, fugaz, caracterizada por manchas de color de rosa, no prominentes, irregulares, y cuya aparicion va evidentemente acompañada de fenómenos febriles. Muchos autores, y de cuya

(1) *Annales de thérap.*, y *Journ. des conn. méd.-chir.*, agosto de 1847.

(*) Esto solo se concibe por lo que se dice mas adelante acerca de la opinion de Rayer. (Nota de los traductores.)

opinion no está lejos de participar Rayer, han considerado á los casos en que se presentan estos fenómenos como pertenecientes unas veces al *eritema* y otras al *sarampion;* pero esta es una cuestion que no se halla completamente resuelta.

Esta afeccion ha sido descrita con los nombres de *rubeola, roseola* y *exantema fugaz.* En este artículo, en que no nos ocupamos de las erupciones sifilíticas, podemos decir que la alfombrilla no es comun.

§. II.

CAUSAS.

La alfombrilla ataca principalmente á los *niños* y á las *mugeres*, y se la observa principalmente en el *estío.* Las emociones morales, los escesos alcohólicos, el ejercicio inmoderado y la ingestion de las bebidas frias estando el cuerpo sudando, son causas cuya accion no se halla suficientemente demostrada.

Willan ha señalado una variedad de alfombrilla, que sobreviene en otoño *(roseola autumnalis);* pero Rayer ha hecho ver que no hay en semejante caso mas que una variedad del eritema.

Algunas veces se ve manifestar la alfombrilla en el curso del *reumatismo articular;* pero no se debe confundir esta alfombrilla secundaria con la alfombrilla reumática de que hablaré mas adelante.

Tambien se la ha visto sobrevenir en el curso de algunas otras enfermedades febriles, y en particular de las *viruelas* y de la *fiebre miliar,* igualmente que en el período de reaccion del *cólera* (1), á la que se ha dado el nombre de *roseola colérica.*

§. III.

SÍNTOMAS.

Me ocuparé en primer lugar de la *alfombrilla simple* y *primitiva*, pues las demás especies solo merecen una simple mencion. Tan pronto, y este es el caso mas comun, la enfermedad se anuncia por un movimiento febril bastante marcado, por un

(1) Véase el art. *Cólera morbo epidémico.*

malestar general, escalofríos, cefalalgia, agitacion y postracion, una sed bastante viva y la pérdida del apetito, como que solo va precedida de una ligera desazon. En los niños muy pequeños se observan algunas veces, antes de la erupcion, vómitos, diarrea y convulsiones.

Erupcion. A los dos ó tres dias de aparecer los síntomas precedentes se ve presentarse en la cara y en el cuello, y luego en el pecho, abdomen, miembros superiores é inferiores, unas *manchas* de color de rosa mas ó menos subido, de 10 á 15 milímetros (2 á 3 líneas) de diámetro, que dejan entre sí espacios de piel sana mas ó menos considerable, sin prominencia, que desaparecen bajo la presion para volver á aparecer de nuevo, y que producen una *comezon* bastante viva.

Esta erupcion dura de veinticuatro á cuarenta y ocho horas, algunas veces cuatro ó cinco dias, y desaparece *sin descamacion.*

En algunos casos las manchas de la alfombrilla estan dispuestas en anillo con áreas centrales en las que la piel tiene su aspecto normal. Esta variedad ha sido descrita por Willan con el nombre de *roseola annulata.*

Alfombrilla reumática. Bateman, Rayer, Fuchs y Hemming han descrito una variedad que merece que nos detengamos en ella un instante. Un movimiento febril, acompañado de dolores articulares, que se mudan de una articulacion á otra como en el reumatismo agudo, precede veinticuatro ó cuarenta y ocho horas á una erupcion de alfombrilla que sigue un curso bastante semejante al precedente, pero cuyas manchas son de color rojo oscuro, algunas veces negruzco, de la dimension de un cañamon ó de una lenteja, y que se terminan por descamacion. Cuando se manifiesta esta descamacion, los dolores articulares cesan. Tal es la descripcion dada por Fuchs: ¿se deberá ver en ella una simple alfombrilla? No lo creo, pues hay demasiada diferencia entre esta erupcion y la que hemos descrito mas arriba.

§. IV.

DURACION Y TERMINACION.

La *duracion* de la enfermedad es de tres ó cuatro dias á un setenario, y su *terminacion* es siempre favorable.

§. V.

TRATAMIENTO.

«En todos los casos, dice Cazenave, un régimen mas ó menos severo, las bebidas diluentes, una temperatura moderada y la quietud, son los únicos medios que conviene oponer á esta leve enfermedad. La alfombrilla que se desarrolla en los sugetos vacunados no reclama ningun tratamiento particular, y en los casos de complicacion de la alfombrilla con una flegmasia de algunos órganos esenciales, el tratamiento debe dirigirse á combatir esta última afeccion.»

Si los autores que mas se han ocupado de las enfermedades de la piel no han dado mas pormenores sobre el tratamiento de esta afeccion, deberemos deducir que es de poca importancia y no merece que nos detengamos en ella mucho tiempo.

ARTICULO V.

SARAMPION.

El sarampion, igualmente que la escarlatina y la viruela, es una de las enfermedades que mejor se han estudiado y descrito. La facilidad con que se puede seguir el curso tan bien determinado de estas enfermedades, ha permitido notar con la mayor precision la sucesion de los síntomas y trazar su historia con exactitud. Por consiguiente, será fácil dar una descripcion de ella sin entrar en estensos pormenores.

Willan y despues de él Bateman, han querido hacer re-

montar hasta la antigüedad el conocimiento de esta enfermedad; pero Gruner (1) ha demostrado que realmente no fue conocida antes de los Arabes, y los médicos modernos han adoptado esta opinion.

Incompletamente estudiado y confundido con la escarlatina, y aun mirado como el primer grado de las viruelas por los primeros médicos que se ocuparon de él en Europa, el sarampion fue al fin convenientemente distinguido por J. Hoffmann, Rosen y otros muchos autores de la misma época, y bien descrito por Sydenham, y sobre todo por Borsieri (2).

Las investigaciones modernas han aumentado considerablemente nuestros conocimientos sobre este punto de la patologia, pues los doctores Boudin (3), Rufz (4), Rilliet y Barthez (5) y Rayer (6) nos han suministrado documentos muy interesantes para la historia de esta afeccion, y se encuentran en los diversos periódicos franceses y estrangeros memorias muy instructivas sobre esta materia.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Segun los autores que se han ocupado especialmente de las enfermedades de la piel, el exantema seria el punto capital de la enfermedad de que nos ocupamos; por el contrario, segun otros, no se debe ver en ella sino una calentura particular, cuya erupcion no es mas que una manifestacion de menor importancia que lo que generalmente se ha creido. Esta última opinion, que se funda en algunas particularidades de que hablaré mas adelante, no es nueva, y ella fue la que en el último siglo hizo dar á la enfermedad el nombre de *febris morbillosa*. En la actualidad, que no se empeñan los médicos como hace algunos años en buscar el punto de partida de todas las

(1) *Variol. ant. ab Arab. sol. repet.*
(2) *Inst. med. practicæ*; Berolini, 1826.
(3) *Rech. sur les complic.*, etc.; Tésis, Paris, 1835.
(4) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1836.
(5) *Traité des maladies des enfans.*
(6) *Traité des maladies de la peau*, etc.; Paris, 1835, t. I, p. 171.

enfermedades sin escepcion en una lesion bien determinada, no puede haber ya repugnancia en mirar á la fiebre como predominante en los exantemas de que tratamos; pero es necesario guardarse bien de suponer que la erupcion desempeña un papel insignificante, porque ya veremos mas adelante que á pesar de algunas escepciones, esta erupcion está tambien en relacion con la intensidad del movimiento febril como la inflamacion de un órgano en las flegmasias; y por otra parte, no debemos olvidar que las flegmasias mejor caracterizadas, como por ejemplo la pulmonía, pueden anunciarse por un movimiento febril de cierta duracion, antes que ningun síntoma local haya anunciado el principio de la lesion pulmonar.

La definicion que doy del sarampion es la siguiente: una enfermedad febril, contagiosa, cuyos síntomas generales tienen un aspecto particular, y cuyo principal síntoma local es la aparicion sobre la piel de manchas rojas características.

Esta afeccion ha sido descrita bajo los nombres de *morbilli*, *febris morbillosa*, *rubeola*, *rougeole* en francés, *measles* en inglés, *masern* en aleman y *rosalia* en italiano.

Basta decir que es muy raro que ninguna persona escape de parecer el sarampion, para que se venga en conocimiento de que es una afeccion de las mas comunes.

§. II.

CAUSAS.

Poco es lo que tenemos que decir acerca de las *causas* de esta enfermedad lo mismo que de las demás afecciones del mismo género; sin embargo se encuentran en los autores algunos datos útiles.

1.º Causas predisponentes.

Edad. Todos saben que aunque el sarampion pueda observarse hasta en una edad avanzada (la de *setenta y seis años*, Heim), es una enfermedad propia de la infancia. Pero en este período de la vida ataca con preferencia á ciertas edades. Es mas rara antes que despues de la primera denticion, y con especialidad muy frecuente de los tres á los cinco años, como lo han

reconocido Rilliet y Barthez. Hasta los diez años no deja de ser bastante comun, se hace mas raro hasta los quince, y no se declara sino en un corto número de individuos pasada esta última edad. En tiempo de *epidemia* se ve mayor número de enfermos de mas de quince años, porque los que se habian librado de la afeccion cuando era esporádica, son atacados por ella cuando ha adquirido mayor energía, que es lo que sucede en las epidemias. En una memoria muy interesante, Miguel Levy (1), que ha observado esta enfermedad en militares y en pequeñas epidemias, dice que en los adultos es mas frecuente que lo que comunmente se cree.

Nada prueba que el sarampion ataque mas á un *sexo* que al otro, y sea mas frecuente en esta que en la otra estacion. Miguel Levy hace notar que esta afeccion es una de aquellas que de ningun modo se modifican por los *hábitos higiénicos* de los militares, y no está probado que los niños atacados de otra enfermedad ó debilitados por afecciones anteriores esten mas espuestos al sarampion que los niños sanos.

2.º Causas ocasionales.

El *contagio* del sarampion está generalmente admitido; pero ¿cómo se verifica este contagio? Este es un punto sobre el cual no estan todos conformes. Algunos autores creen que tiene lugar por contacto; pero este modo de trasmision está lejos de ser admitido por todo el mundo, y mas generalmente se reconoce la trasmision por infeccion. Lo que hace creer que es imposible la trasmision por contacto, es que la *inoculacion* de la sangre (Speranza), y aun la del humor lagrimal (Miguel de Katona), ha comunicado el sarampion (2). Asi seria muy conveniente que se repitiesen estos esperimentos, y puede hacerse con tanto menos escrúpulo, cuanto que el sarampion inoculado ha sido muy benigno. Lo que se trata de comprobar es si la inoculacion produce un verdadero sarampion ó un exantema de otra naturaleza.

El sarampion es una enfermedad que por *regla general no*

(1) *Sur la rougeole des adultes*; Paris, 1847
(2) *Gazette médicale de Paris*, 1843.

ataca á los sugetos mas de una vez en la vida; tal es la *regla general*, la que sin embargo tiene escepciones que no son escesivamente raras, y está bien comprobado que esta enfermedad *puede manifestarse dos veces* y aun mas en el mismo individuo.

El doctor Vandieren (1) ha visto en Amberes una niña de tres años, que desde el mes de febrero al mes de abril fue atacada *tres veces del sarampion.*

Por mi parte he visto el año pasado una niña que fue acometida de esta afeccion *por cuarta vez.* Las dos primeras veces observé yo mismo la enfermedad; la tercera vez la niña estaba en Chartres; pero la madre que habia visto dos veces los mismos síntomas los reconoció sin equivocarse; por último, la cuarta vez conocí yo mismo la naturaleza de la erupcion.

El carácter *epidémico* del sarampion es demasiado conocido para que sea necesario insistir en él.

§. III.

SÍNTOMAS.

Para hacer la descripcion de los síntomas importa dividir el sarampion en *regular* é *irregular*, *maligno* y *complicado.* A estas dos divisiones se pueden referir todos los casos particulares.

1.° *Sarampion regular.* Se distinguen en el curso del sarampion tres períodos: la *invasion*, la *erupcion* y la *descamacion.* A estos períodos se puede añadir el de incubacion, que sin embargo no es propiamente hablando un período de la enfermedad, puesto que todavía no hay ningun síntoma.

Incubacion. La incubacion se verifica en el espacio de tiempo que separa el momento del contagio de aquel en que se manifiestan los primeros síntomas. La dificultad que se esperimenta en la mayor parte de los casos en comprobar el momento del contagio, es causa de que no se esté de acuerdo sobre la duracion de la incubacion, pues unos la fijan en seis dias (Gaubius), otros de siete á catorce (Home, Vanderbosch), otros le

(1) *Annales de la Société de médecine d' Anvers*, y *Bull. gén. de thér.*, setiembre de 1848.

hacen variar de seis á siete (Willan), de cinco á treinta y hasta cincuenta (Rilliet y Barthez). Algunos médicos han visto manifestarse los primeros síntomas á las veinte y cuatro horas, y lo que se debe deducir de esto es que la incubacion tiene una duracion muy diversa, cuyo término medio no podemos saber todavía. Los esperimentadores que han inoculado la enfermedad la han visto aparecer seis ó siete dias despues de la inoculacion; pero este es un modo particular de introducir el virus en la economía, y no se puede de ello inferir que suceda lo mismo en el caso de contagio ordinario.

Invasion. Segun dicen los autores, puede ser precedida durante uno ó dos dias de malestar, abatimiento y cefalalgia; pero en la aparicion de estos síntomas ¿no se debe ver mas bien una invasion lenta y poco caracterizada?

En la mayor parte de los casos la enfermedad empieza por síntomas que se hacen prontamente intensos. Un *escalofrío* mas ó menos repetido es á veces la señal de la invasion; pero resulta de las investigaciones de Rilliet y Barthez que las mas veces no existe el escalofrío. Un *calor* mas ó menos desenvuelto acompañado en breve de sudores, ya generales, ya limitados á la cabeza, y que Rayer ha visto algunas veces ser muy abundantes y de un olor dulzaino, y una notable frecuencia del pulso, tales son los principales síntomas del estado febril.

Al mismo tiempo se observan en las *vias respiratorias* síntomas muy dignos de notarse. Hay *estornudos* frecuentes, un flujo, á veces considerable, de moco acre, una rubicundez y una hinchazon mas ó menos marcadas de la mucosa nasal; en una palabra, los signos de una coriza ordinariamente intensa. Poco despues los *ojos* se ponen rubicundos, lagrimosos y sensibles á la luz; los enfermos esperimentan picor en ellos, y el humor que fluye es á veces acre como el líquido nasal.

En la *laringe* y en los *bronquios* se observa una tos fuerte, sonora, grave y áspera, y presenta en general un carácter particular que todos los que la han observado atentamente le reconocen con la mayor facilidad, y esto es lo que se llama *tos ferina.* Esta tos casi contínua repite á veces por accesos; pero en algunos enfermos, lejos de tener estos caracteres, es ligera y rara como en una bronquitis benigna. Al mismo tiempo la *respiracion* es acelerada y difícil y sienten

algo de opresion; en una palabra, en el pecho vemos los síntomas de una *bronquitis*, como hemos encontrado en las fosas nasales los de una coriza.

Algunas veces está tambien inflamada la *faringe*, y de aquí resultan el calor, la sequedad de la garganta y una constriccion de la faringe que incomoda mucho á los enfermos. Solo en algunos casos particulares de que se hablará mas adelante se hincharon los ganglios submaxilares bajo la influencia de una faringitis violenta.

Desde el primer dia se pierde el *apetito*, y los enfermos tienen una *sed* mas ó menos viva; las *náuseas*, los *vómitos* y los *dolores epigástricos* no son fenómenos constantes, y lo mismo sucede con las epidemias, en las que no se manifiestan sino muy rara vez; pero tambien hay casos en que se observan en muchos enfermos.

El *estreñimiento*, ó bien una *diarrea ligera*, son síntomas, que se han atribuido al período de invasion del sarampion, sin que se haya indagado cuál es la proporcion de uno ó de otro. Solamente se ha notado que cuando el sarampion sobreviene en el curso de la primera denticion, la diarrea es casi constante.

La *orina* es densa y de color rojizo, y Becquerel la ha encontrado densa y mas ácida que en el estado normal, y ha visto un aumento notable de las partes sólidas.

Tales son los síntomas que caracterizan el período de invasion, á los que es necesario añadir en cierto número de casos el quebrantamiento de los miembros, una ansiedad á veces muy viva, el insomnio, el delirio y las convulsiones.

Por lo demás se puede reasumir esta descripcion en estas palabras: Movimiento febril mas ó menos intenso, coriza, bronquitis con tos particular en la mayor parte de los casos. Estos son en efecto los síntomas capitales, y los demás solo son accesorios.

Tambien debo añadir que no se debe esperar encontrar estos síntomas reunidos en todos los casos, pues algunas veces se ve que faltan la coriza y la bronquitis, y en ocasiones tambien se ven predominar los síntomas abdominales, y particularmente la diarrea; mas se puede decir que en semejante caso el sarampion deja de ser regular.

No he hablado del *olor* particular (olor de plumas de ganso recien arrancadas, Heim) que se ha hallado en el cuerpo de los enfermos, ni el del *aliento* (muy agrio y penetrante, Mandt), porque muy probablemente era debido á circunstancias particulares que no se han presentado á la mayor parte de los observadores.

Erupcion. Habiendo sido descrita con el mayor cuidado y exactitud la erupcion por Guersant y Blache, tomaré de ellos el pasaje siguiente: «La erupcion, dice, está caracterizada por pequeñas *manchas* de color rojo bastante vivo, análogas por su dimension á las pápulas de la viruela incipiente ó de la calentura tifoidea. Tambien se parecen á las picaduras de pulga, con la diferencia de que *desaparecen bajo la presion del dedo* para volver á aparecer desde que cesa la presion.

»Al principio distintas y redondeadas, no tardan en reunirse formando *grupos* irregulares, *placas* de bordes desigualmente recortados, semicírculos ó pequeñas medias lunas *(racematim coalescunt*, Sydenham). Empiezan por lo comun á manifestarse en la barba, en la frente y en las mejillas, las manchas se estienden bien pronto al cuello, al pecho y á la espalda, é invaden en seguida al abdomen y á las estremidades.

» Las *manchas de la cara* son en general mas prominentes que las del resto del cuerpo; pero este *relieve* es muy poco perceptible al tacto por el dedo. En el momento en que la erupcion ha adquirido su mas alto grado de desarrollo, es decir, hácia el segundo ó tercer dia, los enfermos se quejan comunmente de una *comezon* incómoda. La *rubicundez* de la erupcion no es siempre la misma; es mayor por lo general en la cara en donde la vascularidad es mayor, y en donde se estiende algunas veces en placas casi confluentes, ofrece muchos matices en el mismo dia, y se hace todavía mas viva en la exacerbacion del movimiento febril; algunas veces es tal el grado de rubicundez, que se pudiera creer que se habian desarrollado nuevas manchas.

» Los *síntomas generales* del primer período se encuentran con corta diferencia en el segundo: la fluxion oculonasal persiste, la conjuntiva y la membrana pituitaria segregan un moco mas espeso que se endurece en costras; esta secrecion es mas abundante en los niños caquécticos de los que van á los hos-

pitales, que en los que se ven en la práctica civil. La disnea continúa siempre la misma á causa de la bronquitis concomitante; la tos se hace mas humeda, guardando sin embargo su carácter propio; la voz es ronca ó débil, y la auscultacion del pecho revela la presencia de los *estertores* propios del catarro. La *cara* continúa un poco hinchada, la *piel* está seca y caliente, el *pulso* se manifiesta frecuente y lleno, y algunas veces lejos de bajar cuando aparece la erupcion, como hemos visto en muchos casos, sigue todavía frecuente, acelerado aun cuando las manchas empiecen á palidecer, y sin haber ninguna complicacion. La *faringe* y el velo del paladar ofrecen la misma rubicundez que al principio, y el enfermo esperimenta en la *garganta* una sensacion de sequedad y de aspereza. La *lengua* está cubierta de una capa blanquecina ó amarillenta con puntos rojos; la sed y la inapetencia persisten algunas veces hasta el sétimo ó el noveno dia, y las *encías* presentan, principalmente alrededor de los alveolos, esas películas blancas delgadas fáciles de quitar, que son tan frecuentes en las flegmasias de las membranas mucosas.»

Para completar esta descripcion debo añadir las particularidades siguientes notadas por diversos autores. Algunas veces la prominencia de las manchas es mas considerable que de ordinario y son unas verdaderas pápulas. A esta variedad se ha dado el nombre de *sarampion granuloso*. En algunos casos (1) es tan abundante la erupcion, que existe un verdadero *sarampion confluente*.

En ciertos enfermos, y en una epidemia en que se veian habitualmente manchas que tomaban su forma ordinaria, Lombard ha visto *manchas circulares* semejantes á las de la alfombrilla, y aun en un caso verdaderas *vesículas*.

Boudin (2) ha observado la erupcion acompañada de *sudamina* mas ó menos abundantes. La erupcion cutánea va precedida y acompañada de una *erupcion mucosa*, sobre la cual importa mucho insistir, porque es muy útil para el diagnóstico. Está constituida por un jaspeado rojo mas ó menos vivo, que

(1) Gendron, *Acad. de méd.*, 1827.

(2) *Rech. sur les complic. qui accomp. la rougeole chez l' enfant*: Tésis, Paris, 1835.

ocupa el velo del paladar y la faringe, y ha sido indicado por Heim, Marcos de Espine y Guersant.

Habiendo examinado el doctor Helft las materias escretadas por las diversas vias (1), ha encontrado en ellas fragmentos de epitelio, y ha deducido que todas las mucosas presentaban una erupcion análoga á la de la piel, y la designa bajo el nombre de *enantema;* segun él la intensidad de la erupcion mucosa está en razon inversa de la erupcion cutánea, y recíprocamente. Seria de desear que otros observadores repitiesen estas interesantes investigaciones.

Descamacion. Despues de haber durado cierto tiempo, que precisaré al hablar del *curso de la enfermedad*, las manchas se ponen pálidas, su aureola se disipa, despues se aplanan, toman un color algo amoratado ó sucio y amarillento, y no desaparecen por la presion. Por lo regular se empiezan á esperimentar estas modificaciones en los puntos en que se han presentado las manchas primero; pero en algunas circunstancias sucede lo contrario. En ciertos casos ligeros desaparecen muy rápidamente, y lo mismo acontece en casos bastante intensos; pero hay entonces lo que se ha llamado *delitescencia*, de que hablaré mas adelante.

Al mismo tiempo que tienen lugar estos fenómenos se verifica la *descamacion*, la cual se halla constituida por un polvo epidérmico blanco y seco y como harinoso; rara vez se ven desprender placas epidérmicas. Algunas veces falta completamente la descamacion, y no es raro verla parcial aun cuando la erupcion ha sido general. Trousseau ha notado que en los niños muy pequeños no se advierte la descamacion sino en la cara, pues en lo demás del cuerpo se la distingue con dificultad. Mientras que se verifica la descamacion se ve que se calman los síntomas generales; la calentura disminuye, la oftalmía y la coriza cesan, pero la bronquitis persiste las mas veces, ó mas bien quedan los síntomas que determinan las bronquitis intensas, cuando ha cedido la violencia de la inflamacion. La tos se hace blanda y fácil, hay una espectoracion abundante de *esputos nummulares*, opacos, que no contienen aire, amarilloverdosos, y que nadan en un moco trasparente. Miguel Levy

(1) *Ueber die Desq. des Epith.*, etc. (*Journ. für Kinderkrankheiten*, 1843).

ha observado que los esputos nummulares son mucho mas raros en los adultos que en los niños, de suerte que este signo tiene menos importancia que la que se le ha atribuido.

2.° *Sarampion irregular*, *maligno y complicado*. Reuno bajo este título todas las especies particulares que no entran en la descripcion precedente.

El sarampion puede ser irregular á consecuencia de la violencia exagerada de ciertos síntomas, ó por el contrario, por su falta ó por su poco desarrollo.

En ciertos casos la *calentura* que caracteriza la invasion es de grande intensidad y va acompañada de delirio y convulsiones. Otras veces se suspende mas ó menos completamente un dia antes de la erupcion, para continuar despues con gran fuerza.

Pueden manifestarse *epistaxis* frecuentes y abundantes, vómitos y diarrea, mientras que la coriza y la bronquitis son ligeras ó no existen.

Algunos sugetos esperimentan *dolores vivos* en diversas partes del cuerpo.

Los síntomas no siguen su curso habitual, pues son *intermitentes* ó presentan exacerbaciones marcadas.

En algunos sugetos *falta completamente la calentura*, no hay período de invasion, y la erupcion es la primera señal de la enfermedad. Tal es la irregularidad que se observa en el *período de invasion*, que como se ve, tan pronto recae sobre un síntoma como sobre otro.

El *período de erupcion* ofrece tambien irregularidades notables; asi pues la erupcion puede empezar por otro punto que no sea la cara, y quedar limitada á una parte del cuerpo y en particular al tronco. Algunas veces queda libre la cara, al paso que todo el cuerpo se halla cubierto de la erupcion (Rilliet y Barthez), y rara vez sucede lo contrario.

El *color de las manchas* presenta diversas anomalías; algunas veces son pálidas y como de color sucio, y otras de un rojo subido ó amoratadas. Entonces continúa la fiebre siendo muy intensa, el pulso se pone frecuente, contraido y á veces miserable, y en las vias digestivas se observa una diarrea abundante, meteorismo y dolores de vientre.

Las irregularidades que se notan en el *período de descama-*

cion son las siguientes: la descamacion puede faltar completamente y desaparecer las manchas por *delitescencia*, sea para no aparecer mas ó para reproducirse uno ó dos dias despues. Por el contrario, la descamacion es algunas veces muy abundante, aunque la erupcion haya parecido poco marcada.

Sarampion sin mas síntomas que los de la erupcion. Es raro observar el sarampion sin coriza, sin bronquitis y sin calentura; sin embargo, existen algunos casos de esta especie, pues todos los autores hablan de ellos, y por mi parte he visto un ejemplo hace algunos meses. Segun algunos autores, la erupcion en este caso se parece á la alfombrilla; pero Willan, Guersant y Blache han visto la erupcion completamente normal en estas circunstancias, y en los casos que acabo de indicar era la del sarampion comun, á pesar de no haber calentura, ni bronquitis, ni *coríza en ninguna época de la enfermedad.* A esta enfermedad, asi como á la siguiente, se ha dado el nombre de *sarampion anómalo.*

Sarampion sin erupcion. En las epidemias se ve por el contrario algunos sugetos que presentan todos los síntomas propios del sarampion menos el exantema, y se ha deducido que era la enfermedad reinante sin alteracion cutánea; pero no se puede adoptar esta opinion sin alguna restriccion. Si los síntomas que se observan en el sarampion tuviesen un carácter particular, si no fuesen los de otras afecciones frecuentes, como la coriza y la bronquitis febril, la cuestion seria fácil de resolver; pero no sucede asi, y se duda si la preocupacion del momento no habrá hecho mirar como sarampiones á afecciones que en otras circunstancias hubieran sido consideradas como simples enfermedades de las vias respiratorias. Rayer nunca ha visto un ejemplo de sarampion sin exantema; pero en algunos casos ha observado que la erupcion era muy fugaz y limitada, hasta tal punto que el mas atento exámen no pudo hacerla descubrir.

Formas graves. Sarampion hemorrágico. El sarampion hemorrágico puede manifestarse en niños fuertes y robustos, y que se hallen en un estado perfecto de salud; pero las mas veces se presenta en niños debilitados por enfermedades antecedentes ó que padecen una enfermedad crónica, y particularmente la tisis pulmonar.

Esta forma es notable por las manchas, que constituyendo verdaderas *equímosis*, no desaparecen á la presion, y por hemorragias mas ó menos frecuentes y abundantes que se verifican por diversas vías, como la boca, el estómago, los intestinos y la vejiga. Se ve pues que en semejante caso hay un estado hemorrágico constitucional de que hemos hablado en otra parte.

Sarampion con gangrena. Los autores que se han ocupado de las enfermedades de los niños, y en particular Rulfz, Rilliet y Barthez, han notado cierto número de veces en el curso del sarampion gangrenas que ocupaban la boca, las fosas nasales, los pulmones, la laringe, el ano y la vulva, y lo que hay de notable en estas gangrenas es que tienen un curso muy rápido y destruyen prontamente los tejidos.

Sarampion maligno, pútrido y adinámico. Asi como en un gran número de afecciones febriles, se ve algunas veces en el curso del sarampion que la calentura adquiere una estremada intensidad, y entonces sobrevienen síntomas semejantes á los que se observan en el curso de la calentura tifoidea, en la que como es sabido, se ha distinguido la forma atáxica, adinámica, etc. No me detendré mas en estos síntomas, y únicamente diré, que como los precedentes, anuncian una gran violencia de la enfermedad, y hacen el pronóstico muy desfavorable.

Sarampion complicado. Se ha insistido mucho en las lesiones orgánicas mas ó menos graves que se observan algunas veces en el sarampion, y se han descrito bajo el nombre de *complicaciones*. Sin duda que el práctico debe conocer los hechos de esta especie; pero no se debe exagerar su valor, y sobre todo ver en ellos complicaciones propiamente dichas. En efecto, las mas veces son lesiones propias de la misma enfermedad, y que solo han adquirido mayor grado de intensidad que de ordinario por causas que desconocemos.

En ciertos sugetos se observa una inflamacion violenta de la boca con hinchazon de las encías y úlceras, y esta *estomatitis* es debida á la vez á la intensidad del movimiento febril, á la erupcion mucosa, y quizás tambien al estado de la sangre en la enfermedad de que tratamos.

Algunas veces se presenta una inflamacion semejante en la

laringe y en la faringe, y en una epidemia de sarampion en el hospicio de Niños Espósitos he visto un considerable número de niños atacados de sarampion sucumbir á consecuencia del *crup*. Las mismas observaciones se han hecho en otras epidemias, y se ha visto que las producciones membranosas quedan algunas veces limitadas á la laringe y á los bronquios, pero las mas veces se presentan tambien en la faringe.

Una *bronquitis* intensa, una *coriza* muy violenta que da lugar á una secrecion purulenta abundante, no son evidentemente sino exageraciones de los síntomas propios del sarampion; pero no sucede lo mismo con la *pulmonía*, que se manifiesta frecuentemente en el curso de esta enfermedad; en efecto, se la ha notado por Rilliet y Barthez sesenta y cinco veces en ciento cincuenta y siete casos. La *pleuresia* es mucho menos frecuente, y sin embargo se la ha encontrado cierto número de veces por Dechaut y Baron.

En las *vias digestivas* hallamos en primer lugar la *enteritis*, y esta diarrea que Rulfz ha visto sobrevenir en todos los casos durante los dos tercios de la enfermedad, despues los vómitos mas ó menos pertinaces de que hemos hablado anteriormente, y como lesiones correspondientes á estos síntomas, el reblandecimiento del estómago y de la mucosa intestinal, las *ulceraciones del intestino grueso* (Rulfz y Boudin), la hinchazon, el reblandecimiento de los ganglios mesentéricos, etc.

Por último, indicaré la *inflamacion de las meninges* y *del cerebro*, que rara vez se manifiesta aun en los casos de delirio y de convulsion, de los *abscesos* que sobrevienen en diversas partes del cuerpo, y de los *diviesos* mas ó menos numerosos.

Anasarca. La anasarca se observa mas rara vez en el sarampion que en la escarlatina, y como en esta última afeccion, se la ve aparecer durante la convalecencia. Por lo demás, no presenta otras particularidades que las que mencionaremos en la historia de la *escarlatina*, á la que remito al lector.

Algunas veces se ve desarrollar la *viruela* al mismo tiempo que el sarampion, y entonces es raro que las dos afecciones sigan su curso simultáneamente sin modificarse. Casi siempre es el sarampion el que sufre esta modificacion; pero en algunos casos la accion modificante de estas dos afecciones eruptivas

es recíproca. Casi lo mismo sucede cuando se desarrollan al mismo tiempo la *escarlatina* y el sarampion. Los síntomas generales de cada una de estas afecciones eruptivas pueden existir en el enfermo; pero los de la afeccion predominante dominan á los demás. En algunos casos se ha visto que se detenia una de estas afecciones eruptivas mientras que la otra aparecia, y volvia á aparecer despues de la terminacion de esta.

Durante el curso de un sarampion, y algunas veces despues de su desaparicion, se ve que en ciertos sugetos se manifiestan los síntomas de la *tisis pulmonar* con una intensidad muchas veces muy notable. En semejante caso, ¿hay solo complicacion de tisis? ¿Ha sido el sarampion la causa de la tisis? ¿La ha producido, ó bien no ha hecho mas que dar una impulsion nueva á una tisis que existia ya en un estado mas ó menos latente? Es muy difícil resolver semejantes cuestiones, y únicamente decimos que Rilliet y Barthez de once casos de sarampiones primitivos han encontrado uno seguido de tubérculos; pero por otra parte estudiando Rulfz los hechos bajo este punto de vista, no ha observado que se manifestase la tuberculizacion con mas frecuencia á consecuencia del sarampion que á la de cualquier otra enfermedad febril, y no ha podido encontrar una relacion de causas con sus efectos entre una y otra de estas afecciones. Como se ve esta es tambien una materia que requiere estudiarse de nuevo.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* del sarampion presenta particularidades muy importantes, y debo considerarlas en el sarampion regular, en el irregular, en el maligno y en el complicado.

Curso, duracion y terminacion del sarampion regular. Cuando el *sarampion es regular* tiene un curso que varía en muy estrechos límites, y que se puede describir del modo siguiente: En el período de invasion se manifiestan sucesivamente la calentura, la coriza, el lagrimeo, la bronquitis, y estos síntomas van aumentando hasta el período de erupcion. Esta que empieza casi siempre por la cara, se hace de cada vez mas abundan-

te, despues se estingue al mismo tiempo que remiten los síntomas generales y que comienza la descamacion.

La *duracion* total del sarampion regular varía entre uno y dos septenarios; pero es mas frecuente verle terminar en el primer septenario que en el segundo.

La *duracion de cada uno de los períodos* es la siguiente: período de invasion, de dos á cuatro dias; período de erupcion, tres á cuatro dias (de veinticuatro á cuarenta y ocho horas para el desarrollo de las manchas, y el mismo espacio de tiempo durante el cual estas manchas permanecen estacionarias); por último, el período de descamacion de cuatro á ocho dias.

Cuando el sarampion se desarrolla de una manera regular, su *terminacion* es casi constantemente favorable; sin embargo, algunas veces se han visto morir repentinamente algunos sugetos en quienes los síntomas nada presentaban de anormal. Esta terminacion, que encontramos en otras afecciones eruptivas, no puede esplicarse de un modo satisfactorio, pero importa conocerla para el pronóstico.

Curso, duracion y terminacion del sarampion irregular. Ya hemos visto mas arriba que la irregularidad en el curso de los diversos períodos del sarampion constituye la causa mas frecuente del sarampion irregular. Por consiguiente no entraré en estensos pormenores sobre este punto, y solo insistiré en la *delitescencia*, que siempre ha inspirado el mas grande temor á los médicos.

Como ya tengo dicho algunas veces, sucede en cierto número de casos que las manchas sarampionosas desaparecen mas ó menos repentinamente, algunas se reproducen al cabo de uno ó dos dias y entonces ha habido delitescencia momentánea; pero con bastante frecuencia desaparecen para no volver, y esta es la delitescencia completa. Desde que se estudia con cuidado el sarampion, se ha observado que esta desaparicion de las manchas va á veces seguida de un estado muy grave, y coincide con la aparicion de complicaciones cuyo asiento principal está en los órganos pulmonares. Entonces el curso de la enfermedad se halla necesariamente interrumpido, y estos síntomas que caracterizan al sarampion estan mas ó menos dominados por los de la afeccion orgánica recientemente desarrollada. En otros casos se verifica la delitescencia sin que sobrevenga nada de

grave, y la enfermedad sigue su curso sin embarazo hácia una terminacion favorable. Ninguno ha presentado mas consideraciones sobre este punto que las que debemos á Miguel Levy; esta es la razon porque no creo poder dispensarme de copiarlas aqui: «Noventa y nueve veces entre ciento veinte, dice Levy, la erupcion ha recorrido regularmente sus periodos; la delitescencia se ha verificado veintiuna vez, diez veces al segundo dia de la erupcion y once veces al tercer dia; siete veces parece haber sido el enfriamiento la causa probable de la repentina desaparicion del exantema; tres veces ha coincidido la delitescencia con una diarrea intensa; pero ya veremos mas adelante que este síntoma se ha presentado en otros muchos sarampiones sin que la erupcion se haya perturbado.

»En cuanto á las consecuencias de la supresion y del exantema, hé aqui lo que enseñan los hechos: han sido nulas en catorce enfermos que se han curado tan pronto como si la erupcion hubiese seguido su curso regular; un enfermo presentó una notable erupcion de sudamina en el tronco al dia siguiente de la delitescencia sarampionosa; otros dos fueron atacados de una diarrea ligera y no tardaron en entrar en convalecencia. En otro la erupcion que se habia desarrollado en la noche del 19 al 20 de enero, desapareció repentinamente; el 21 esperimentó algunos vómitos y se curó sin ningun otro accidente: otro vió desaparecer su erupion al segundo dia sin que sobreviniese ningun trastorno inmediato; el pulso continuó presentando sesenta pulsaciones por minuto. Dos dias despues sobrevino una viruela loca que recorrió regularmente sus fases, y fue completa la curacion. Un hombre atacado de sarampion el 13 de febrero perdió repentinamente la rubicundez el 15, y habiendo salido curado del hospital volvió á entrar con señales no dudosas de tuberculizacion. Seis enfermos en los que se verificó la delitescencia, tuvieron que luchar contra la bronquitis profunda que el sarampion dejó en pos de sí; dos en fin, sucumbieron despues del retroceso del exantema, uno arrastrado por un grupo de complicaciones graves, y el otro habiendo pasado por una série de estados morbosos sin conexion aparente.»

Apenas es necesario decir cuán irregular debe ser el *curso del sarampion complicado:* en efecto, las afecciones complicantes causan la perturbacion en la sucesion de los periodos

y de los síntomas que la constituyen. Algunas veces retardan la erupcion, otras veces hacen parecer mucho mas violento el período de invasion; pero variando las cosas en casi todos los casos particulares, no se pueden esponer estas irregularidades de una manera general.

En cuanto á la *duracion* del sarampion irregular, anómalo y complicado, tiene por necesidad que ser muy variable. Lo que se puede decir en general, es que ordinariamente se abrevia la duracion de la enfermedad, sea que el enfermo sucumba, ó que llegue á una curacion mas ó menos tardía.

La *terminacion* en los casos que acabo de indicar es frecuentemente funesta, y especialmente en los de sarampion negro y de sarampion complicado con pulmonía. Ya hemos visto anteriormente que en la convalecencia habia que temer la anasarca, y segun algunos autores la tuberculizacion.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Bastarán algunas palabras para indicar las *lesiones anatómicas*. Los autores están conformes en decir que las manchas sarampionosas tienen su asiento en la red vascular de la piel; pero este punto exige nuevas investigaciones.

Segun Lieutaud, estas manchas sarampionosas pueden presentarse hasta en las vísceras; pero no está probado el hecho. El desarrollo del exantema en las mucosas ocultas á nuestras miradas, y cuya existencia ha admitido Helft siguiendo el ejemplo de muchos patólogos alemanes, no está demostrado por esperimentos directos.

Resulta de las investigaciones de Andral y de Gavarret (1), que jamás la fibrina de la sangre pasa de la cantidad normal; que con bastante frecuencia es menor, y que en algunos casos se halla aumentada la proporcion de los glóbulos. Ya se habia observado la fluidez de la sangre, que una inflamacion concomitante puede sin embargo hacer faltar. Rilliet y Barthez han encontrado casi constantemente un estado de congestion de

(1) *Rech. sur les mod. des prop. de quelques principes du sang;* Paris, 1840.

los principales órganos, y se ha indicado un desarrollo de las glándulas de Peyer y de Brunner.

Se ve pues que estas lesiones esplican muy imperfectamente los síntomas del sarampion. No hablo de las que son debidas á las complicaciones, pues son suficientemente conocidas.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

En todos los casos es dificil *diagnosticar* el sarampion durante el período de invasion. Sin embargo, cuando es regular y se manifiesta en un sugeto que no se halle afectado de otra enfermedad, se puede preveer la erupcion del sarampion por la coriza, la rubicundez de los ojos, el lagrimeo, la bronquitis y la tos ferina, pero nunca se podrá estar perfectamente seguro de que va á sobrevenir.

Cuando se ha producido la erupcion, si la afeccion es simple y regular, el diagnóstico es de los mas fáciles. No repetiré aquí los caracteres de esta erupcion, pues no hay mas que echar una ojeada á la descripcion de los síntomas para cerciorarse de que ninguna otra afeccion la puede simular.

En algunos casos muy raros de *sarampion granuloso*, se puede al principio creer que existe una viruela; pero progresando la enfermedad las manchas se caracterizan, ó bien se desarrollan pústulas de viruela y cesa toda incertidumbre.

En el *sarampion* que se manifiesta en sugetos atacados de otra enfermedad, los síntomas de este pueden enmascarar completamente el principio de la afeccion eruptiva; pero el desarrollo de la erupcion no tarda en dar á conocer su existencia.]

El *sarampion irregular*, el *complicado*, el *anómalo* y el *maligno* ofrecen necesariamente dificultades de diagnóstico, pero no se pueden precisar estas dificultades. Para vencerlas es menester tener presentes las diversas particularidades mencionadas mas arriba, y remito por consiguiente al lector á la descripcion de estas especies de sarampion.

Seria sin embargo importante el establecer el diagnóstico diferencial entre ciertos sarampiones y ciertas escarlatinas irre-

gulares que dejan con bastante frecuencia al práctico en incertidumbre; pero me propongo hacerlo en el artículo siguiente, despues de la descripcion de la *escarlatina*, por lo cual no insisto mas en este diagnóstico.

Pronóstico. Cuando el sarampion recorre regularmente sus períodos, y la calentura no es de suma intensidad, y no son muy intensos los síntomas de las vias respiratorias, el pronóstico es favorable. No olvidemos, sin embargo, que en esta afeccion eruptiva febril, asi como en aquellas que nos quedan por estudiar, hay casos desgraciados en los que se ve sobrevenir una agravacion repentina de los síntomas y una terminacion rápidamente funesta que nada podia hacer preveer.

Ya hemos visto anteriormente que segun las observaciones de Levy la delitescencia no es tan frecuentemente un signo faltal como creen los médicos. En semejante caso es necesario examinar atentamente todòs los órganos y todas las funciones, y si nada se observa de alarmante en ellos, el pronóstico es favorable; pero si hay una complicacion grave, adquiere la gravedad que acabo de señalar. Este hecho no se habia ocultado á otros autores, y particularmente á Guersant y Blache; pero Miguel Levy le ha indicado con mayor precision.

Cuando el sarampion irregular no va acompañado de ninguna complicacion, y los síntomas no adquieren un carácter no acostumbrado, el pronóstico es aun bastante favorable; sin embargo, segun las investigaciones de Rilliet y Barthez, la mortalidad empieza á hacerse notable en semejante caso.

Los sugetos atacados por el sarampion que se hallan en un estado de salud alterada, ofrecen una mortalidad bastante grande y en relacion con la intensidad de la enfermedad primitiva ó con su grado de debilidad. Las complicaciones, y principalmente las que tienen su asiento en las vias respiratorias, hacen la enfermedad generalmente grave.

Los casos mas funestos son aquellos en que *el sarampion es maligno*, en los que las manchas son verdaderas petequias, en los que hay hemorragias repetidas, y tambien en los que sobreviene una inflamacion de las meninges y del cerebro.

La diarrea demasiado abundante, los vómitos frecuentes y de larga duracion, las convulsiones y un delirio intenso son

síntomas de mal agüero. No tengo necesidad de decir que la difteritis faríngea, y sobre todo la laríngea, agravan mucho el pronóstico.

§. VII.

TRATAMIENTO.

El sarampion es una de las enfermedades que tienen un curso, por decirlo asi, determinado, y sobre la cual nuestros medios terapéuticos solo tienen efectos muy limitados. Asi pues, cuando recorre regularmente sus períodos, el tratamiento consiste únicamente en el uso de algunos medios higiénicos muy sencillos. En la actualidad se ha renunciado completamente á estas prácticas incómodas, que consistian en abrigar mucho á los enfermos, en darles bebidas escitantes difusibles y bebidas calientes con el objeto de favorecer la erupcion, pues es un error el creer que cuanto mas abundante es la erupcion, mas simple y mas exenta de complicaciones es la enfermedad. La abundancia de la erupcion anuncia solo en los mas de los casos que es un sarampion intenso, y que está en relacion con la violencia del movimiento febril, violencia siempre de mal agüero.

La quietud en la cama, las bebidas emolientes, una temperatura suave, la dieta y algunos calmantes, si la bronquitis y la coriza son algo intensas, tal es el tratamiento que conviene en el sarampion regular. En cuanto á las *emisiones sanguíneas*, es necesario reservarlas para los casos en que se manifiesta una flegmasia. La administracion de un *purgante* en la convalecencia del sarampion es del todo inútil, como lo hacen notar Guersant y Blache. En cuanto al vejigatorio ambulante al pecho ó permanente al brazo, que Rayer aconseja aplicar cuando se prolonga la tos, nada prueba su utilidad.

Cuando el sarampion no recorre regularmente sus períodos, las indicaciones varían mucho segun los casos.

Si la erupcion desaparece repentinamente, ¿se deberá provocarla? Cuando esta desaparicion no coincide con ningun síntoma nuevo, esta provocacion seria inútil, como hemos visto anteriormente. Cuando la delitescencia es causada por una complicacion, los medios que tenemos para escitar la erupcion

son bien débiles, como hace notar Levy, y yo añado que pueden agravar mucho la enfermedad complicante. Efectivamente, ¿qué es lo que se ha propuesto? las *bebidas calientes* y *escitantes*, los *sudoríficos*, los *baños de vapor*, los *baños calientes*, las *afusiones* y los *baños frios*, los *sinapismos* ambulantes por toda la superficie del cuerpo y la *urticacion*. Digo pues que todos estos medios son inútiles, y que pueden ser peligrosos: su inutilidad está probada por los hechos cuya relacion nos ha dado Levy, su peligro se comprende fácilmente cuando se considera que casi siempre está complicado con afecciones de las vias respiratorias, que la calentura y la agitacion son intensas, y que los escitantes y los rubefacientes no pueden menos de agravar este estado. Creo pues que fuera de algunos casos escepcionales que no se pueden precisar aqui, el médico debe limitarse á combatir la complicacion tan enérgicamente como lo requiera el caso, sin cuidarse de la erupcion, que no tiene la importancia que se la ha atribuido. Por mi parte he visto que los medios escitantes administrados para favorecer ó llamar esta erupcion, escitan la calentura y la agitacion al mas alto grado, y producen los mas malos efectos.

Las *complicaciones* deben escitar en el mas alto grado la solicitud del médico; pero bien se conoce cuán dificil seria entrar en pormenores relativos á este importante asunto en un artículo general como este. Por lo tanto no puedo hacer mas que trazar reglas generales de conducta de las que el práctico hará despues la aplicacion.

Las inflamaciones del pecho algo intensas, y notablemente la bronquitis capilar estensa y la pulmonía lobular, exigen un tratamiento análogo al que se les opone en los casos en que se presentan en estado de simplicidad, y solo deben usarse algunos medios con mas moderacion. Asi pues, todos los autores estan conformes en decir que las *emisiones sanguíneas* deben ser menos abundantes. El *tártaro estibiado á altas dosis* debe administrarse contra la pulmonía; pero con precaucion si el enfermo está muy débil. Los *vomitivos* se usan mas rara vez que en cualquier otra circunstancia para combatir la bronquitis, por temor de que produzcan una revulsion hácia las partes internas y hagan desaparecer la erupcion. Este temor es muy exagerado, pues las observaciones de Stoll han probado que

los vomitivos no producen este efecto desfavorable, y por mi parte siempre he visto que la *ipecacuana* ó el *tártaro estibiado* á dosis eméticas produce los mejores efectos en los casos de bronquitis intensa sin que sobreviniese el menor accidente. No dudo, pues, que los médicos se habrán engañado por coincidencias.

Los calmantes y los *narcóticos* son tambien de mucha utilidad en los casos en que la respiracion se halla dificultada por una causa cualquiera. Cuando sobrevienen *accidentes cerebrales*, ¿se deberá, como recomienda Gardien (1), aplicar un *vejigatorio á la cabeza?* No he encontrado un solo hecho que pruebe realmente la utilidad de este medio.

En los casos en que sobrevienen *hemorragias alarmantes*, no se debe temer dar los *astringentes* y aun aplicar los *refrigerantes*, pues estas hemorragias pueden hacerse mortales, ó á lo menos sumergir al enfermo en una debilidad peligrosa.

Cuando hay ataxia y adinamia se pueden usar los *antiespasmódicos* y los *tónicos;* pero no tenemos datos suficientes acerca de la eficacia de estos medios.

Por último, en cuanto se manifieste la *laringitis seudomembranosa* (crup) debe llamar toda la atencion del médico, y tratársela por los medios enérgicos que se han indicado en otro artículo (2).

Bien se echará de ver que no he hecho una mencion especial del *alcanfor*, del *azufre,* de la *belladona* y de algunas otras sustancias que ciertos médicos han mirado como agentes que atacan al mismo miasma sarampionoso, ó en otros términos, como específicos; pero nada ha demostrado esta cualidad específica.

Tratamiento profiláctico. El tratamiento profiláctico se reduce al *aislamiento* y á la *inoculacion.* Los pretendidos específicos de que acabo de hablar han sido administrados con el objeto de evitar la afeccion; pero los hechos referidos en su favor son tan poco decisivos que nadie tiene en ellos la menor confianza.

Inoculacion. Ya hemos visto anteriormente que el sarampion ha podido inocularse principalmente por medio de las lágrimas

(1) *Dict. des sciences médicales*, t. XLIX.

(2) Véase t. I, art. *Laringitis seudomembranosa.*

y de la sangre que sale de una pequeña incision hecha en las manchas; pero se ha observado que el sarampion inoculado era siempre benigno. Por consiguiente, si reinase una epidemia mortífera se podria recurrir á este medio, aunque algunos esperimentadores no hayan obtenido tan buenos resultados como F. Home y Katona.

ARTICULO VI.

ESCARLATINA.

La *escarlatina* es una afeccion evidentemente de la misma naturaleza que el sarampion, con el cual se la ha confundido largo tiempo. Las reflexiones preliminares que he presentado al tratar de esta última enfermedad podrian por consiguiente tener aqui su lugar; pero es mejor remitir al lector al artículo precedente.

Se hace remontar hasta á Ingrassias (1) la primera indicacion exacta de la escarlatina y sus diferencias con el sarampion. Posteriormente Coyter (2) publicó una descripcion bastante satisfactoria de una epidemia de esta afeccion; pero á pesar de estos documentos es necesario llegar hasta Sydenham y Borsieri para ver á la escarlatina bien conocida de los médicos. Desde entonçes se han multiplicado las investigaciones sobre esta afeccion, y en el discurso de este artículo indicaré los principales trabajos publicados acerca de esta enfermedad.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La escarlatina es una afeccion febril y contagiosa, que tiene por caracteres, además de los síntomas generales, una angina mas ó menos violenta y una erupcion cutánea de forma particular.

(1) *De tum. prat. nat.*; Nápoles, 1552.
(2) *De feb. purp. epid.*, etc., 1578.

Se ha descrito á esta enfermedad bajo muy diversos nombres, entre los cuales citaré los siguientes: *febris miliaris rubra* (Huxham), *rossolia purpura*, *morbilli confluentes*, *rubeola confluens*, *calentura roja* y *calentura púrpura ó purpúrea.*

La escarlatina está lejos de ser una enfermedad rara; pero resulta de investigaciones recientes que es mucho menos frecuente que las viruelas, y sobre todo que el sarampion.

§. II.

CAUSAS.

La etiologia de la escarlatina no puede darnos mas pormenores que la del sarampion.

1.º Causas predisponentes.

La escarlatina puede manifestarse en todas las edades, pero es infinitamente mas frecuente en la infancia que en cualquiera otra época de la vida. Lo mas comun es que se manifieste de los tres á los diez años, como lo han observado Rilliet y Barthez. Antes de esta edad se presenta con tanta menor frecuencia cuanto mas se aproxima á la época del nacimiento, aunque en algunos casos haya sido *congénita.* Pasados los diez años se hace notablemente menos frecuente á medida que se avanza en edad, de suerte que es muy rara en los ancianos. Sin embargo, se ha visto que eran en algunas epidemias mas particularmente atacados los adultos, pero estas son escepciones.

No tenemos datos suficientes para decir cuál es la influencia del *sexo;* pero todo induce á creer que es nula.

¿Ataca la escarlatina mas particularmente á los sugetos que padecen otra enfermedad que á los sanos? No lo podemos decir, aunque Rilliet y Barthez hayan encontrado gran proporcion de escarlatinas desarrolladas durante el curso de otra enfermedad, y á las que dan el nombre de *escarlatinas secundarias.* Aunque esta afeccion pueda aparecer en todas las *estaciones*, se presenta con mas frecuencia en la primavera y en el estío.

2.° Causas ocasionales.

La única causa determinante es el *contagio*, pues aunque se le ha querido negar, le atestiguan demasiados hechos para conservar la menor duda sobre esto.

¿Cómo obra el contagio? En primer lugar no se puede negar que la escarlatina no se comunica por infeccion. ¿Se comunica tambien por contacto é inoculacion? No tenemos pruebas convincentes, á pesar de los esperimentos de Miguel, de Amboise, y de Mandt.

La escarlatina acomete ordinariamente de un modo esporádico; pero es muy comun observarla *epidémicamente*.

§. III.

SÍNTOMAS.

En la descripcion de los *síntomas* es necesario, asi como en el sarampion, separar la escarlatina regular de la escarlatina irregular y complicada.

1.° *Escarlatina regular. Incubacion.* Resulta de los hechos referidos por los autores, que la incubacion dura ordinariamente de tres á cinco dias, y por consiguiente es generalmente menos larga que la del sarampion. Pero ¿cuáles son sus grados estremos? Eso es lo que de ningun modo conocemos. Gueretin (1) la ha visto desarrollarse quince dias despues que el enfermo habia estado sometido al contagio; pero se conoce cuán difícil es tener datos ciertos en el curso de una epidemia, y cuánto se deben multiplicar los hechos para producir el convencimiento.

Invasion. Un *movimiento febril* caracterizado por un fuerte calor, una cefalalgia á veces intensa, el quebrantamiento de los miembros, la sed, la pérdida del apetito, un poco de dolor en la garganta y una notable aceleracion del pulso, abren ordinariamente la escena. En algunos casos estos síntomas van precedidos de escalofríos mas ó menos repetidos; se han observado

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1842, 3.ª série, t. XIV, p. 280.

en algunos sugetos vómitos, primero de alimentos y despues biliosos, en la invasion y aun en ciertas epidemias (1). Estos vómitos eran frecuentes al principio de la enfermedad. Por último, en un corto número de sugetos, cuatro veces en ochenta y siete casos, segun las investigaciones de Rilliet y Barthez, faltó completamente el movimiento febril de este período.

Si ahora examinamos el desarrollo de los síntomas que se acaban de mencionar, encontramos que el movimiento febril va aumentando hasta el fin de este período. El *calor* se hace acre, y el *pulso* se eleva á ciento diez, ciento veinte y ciento cuarenta pulsaciones y mas.

La *lengua* está roja en la punta y en sus bordes. Es necesario examinar con cuidado la boca y la *faringe*, porque en gran número de casos, por lo menos, se manifiesta un jaspeado rojo un poco subido sobre un fondo rojo vivo en la bóveda palatina, en el velo del paladar, en las paredes de la faringe, algun tiempo antes que la erupcion se halle bien caracterizada, y aunque haya empezado á salir. Además de esto, la *angina*, que es un carácter importante de la escarlatina, se presenta tambien con frecuencia con una intensidad notable durante este período de invasion.

La anorexia se hace pronto completa y la sed va aumentando. Es raro que se observen síntomas algo notables en el *conducto intestinal;* sin embargo, en algunos sugetos hay *estreñimiento*, y en otros, en menor número, *diarrea*.

Cuando el movimiento febril tiene gran violencia, es frecuente observar una *agitacion* considerable, insomnio, delirio y coma. Estos síntomas son muy alarmantes, pero generalmente de corta duracion, cuando no sobreviene ninguna complicacion.

En cuanto á las *vias respiratorias*, es notable que casi nunca presenten alteraciones notables á pesar de la proximidad de la inflamacion muchas veces intensa de la faringe. La respiracion es la única que se halla acelerada como en todo movimiento febril algo violento; pero no se observa ningun otro síntoma digno de notarse.

Asi como en el sarampion, pero mas rara vez todavía,

(1) Véase MONDIERE, *Rev. médic.*, 1842.

se puede ver que faltan todos los síntomas del período de invasion, y que la erupcion marca el principio de la enfermedad.

Erupcion. Habiéndose descrito exactamente este período, asi como el del sarampion, por Guersant y Blache, seria inútil sustituir otra descripcion á la suya, y tomo de ellos el pasaje siguiente:

«Lo mas comun es, dicen, que la erupcion empiece á manifestarse primero en el cuello, despues en la cara, y sobre todo en las mejillas, cuyo color es mas intenso que en las demás partes de la cara; algunas veces se manifiesta primero en el tronco, en las estremidades, en los pies ó en las manos para esparcirse despues en todo el resto del cuerpo. Consiste en un número infinito de *puntitos* rojos riveteados en un fondo de *color de rosa*, y que no presentan ninguna *prominencia* visible ó sensible al tacto. Este punteado, mas fino, mas rojo, mucho mas confluente y dispuesto mas regularmente que las manchas del sarampion, se trasforma en *placas no prominentes*, unas mas anchas que otras, poco estensas y aisladas en su orígen, que no tardan en reunirse agrandándose, y acaban por dar á los tegumentos un *color de escarlata* uniforme, que desaparece momentáneamente bajo la presion del dedo. La piel árida y seca está algunas veces rugosa como carne de gallina, y se siente en ella un *prurito* desagradable y una *tumefaccion* notable en la cara, y principalmente en los *pies* y en las *manos*, cuya flexion es dificil.

»Al mismo tiempo se observa la *rubicundez en la faringe*, igualmente que los fenómenos de angina ya indicados; las amígdalas que estan mas engrosadas se cubren de *placas blandas*, delgadas, blanquecinas y *pultáceas;* su hinchazon forma al esterior un *tumor* mas ó menos marcado, y el *infarto de los ganglios submaxilares* aumenta todavía la tumefaccion. La *lengua* rara vez conserva su capa blanquecina, sino que se despoja gradualmente de ella de la circunferencia al centro, y entonces tiene un color rojo oscuro, y está tan lisa que se diria que se halla cubierta de un barniz; otras veces la prominencia de las pápilas la hace parecer á una fresa.

»El exantema de la escarlatina coincide casi constantemente con la aparicion de *vesículas miliares* muy numerosas y fá-

ciles de reconocer en su prominencia, que existen principalmente alrededor del cuello, en las axilas y en las flexuras de los brazos.

»Hácia el tercero ó cuarto dia es cuando la erupcion ha adquirido su mas alto grado de intensidad; es mucho mas viva en el bajo vientre, en las íngles y en la parte superior ó interna de los muslos, en la flexura de las articulaciones, en las axilas y en la flexura de los brazos; tambien en estas regiones es la erupcion mas persistente, mas roja en los momentos en que el enfermo grita y se agita, lo es todavía mas durante los paroxismos de la calentura y principalmente por la noche. Esta coloracion de la piel ha sido comparada con la de un cangrejo cocido (P. Frank), ó con la del zumo de la frambuesa (Huxham). Despues de cinco, seis ú ocho dias de duracion, es decir, despues de un tiempo mas largo que para el sarampion, el exantema se estingue gradualmente, toma un *color amoratado*, despues de rosa pálido ó ligeramente *cobrizo*. Las mas veces continúa enrojecida la membrana mucosa de la boca, y algunas otras es cuando la lengua solo en este período, despojándose de su capa blanquecina, presenta las papilas promitentes que indicábamos hace poco y la rubicundez característica; la hinchazon de las partes disminuye simultáneamente y por grados.

»Los *síntomas generales* del período segundo son los del primero algo modificados: la calentura, que remite algunas veces en cuanto aparece el exantema, se mantiene por lo regular mientras este persiste, y sigue con bastante regularidad sus diversas fases de aumento y de declinacion. El *calor* de la piel es muy intenso, y la temperatura del cuerpo muy elevada, puesto que hace subir el termómetro á 41° centígrado y aun á 42° (1). ¿No se deberá creer que se ha cometido un error en el número indicado por J. Currier, 112° de Fahrenheit (44° y ½ cent.), puesto que el máximum del calor morboso hallado por Andral, y en esperimentos mas recientes por H. Roger, es de 41° cent.?

»En los paroxismos, ó cuando la afeccion es algo grave, el *rostro* del enfermo espresa el padecimiento y la ansiedad,

(1) Nasse, *Journal d' Hufeland*, agosto de 1841.

los ojos estan animados y brillantes, hay agitacion, delirio nocturno y casi siempre un insomnio que se resiste á todos los medios empleados para combatirle, y que á veces es el resultado de un *prurito* escesivamente incómodo. La angina faríngea sigue su curso, y adquiriendo algunas veces mayor intensidad, constituye una complicacion desfavorable. La *respiracion* es dificil, ruidosa y acelerada, pues el aire atraviesa con trabajo las vias superiores estrechadas; la sed y la inapetencia persisten, y el estreñimiento es algunas veces reemplazado por algo de diarrea, acompañada de ligeros dolores de vientre.»

A lo dicho añadiré, para completar esta descripcion, que la rubicundez no conserva ordinariamente toda su intensidad durante este período; en efecto, no solo se aumenta por la noche y durante los paroxismos, como lo han notado Guersant y Blache, sino que hay á veces, como ha comprobado Jahn, frecuentes alternativas de aumento y de disminucion en la intensidad de la rubicundez. Es necesario estar prevenido acerca de esta particularidad para no alarmarse demasiado pronto cuando la erupcion palidece un poco.

En algunos casos no son solo las vesículas miliares las que se mezclan con la erupcion escarlatinosa, sino las *ampollas* y *verdaderas flictenas*, y Stoerk é Hildembrand han visto hechos de esta especie. A esta variedad poco interesante se ha dado el nombre de *escarlatina flictenosa* ó *penfigoides*.

La *angina escarlatinosa*, que durante el curso de la erupcion adquiere mayor intensidad y á veces se hace sumamente violenta, pero sobre la cual no insistiré mas en este artículo, porque la he descrito detalladamente en otra parte (1), la angina escarlatinosa, digo, presenta variaciones que conviene conocer. Apareciendo ordinariamente antes de la erupcion, puede no manifestarse sino durante el curso de esta, y aun en algunos casos raros durante la descamacion. Además Jahn, y recientemente Rilliet y Barthez, han observado una irregularidad muy notable de la angina en cierto número de casos. En efecto, la han visto, despues de uno ó muchos dias de aumento, disminuir de una manera notable, para volver á re-

(1) Véase el art. *Faringitis pultácea*.

cobrar bien pronto nueva intensidad; y aun han visto que hasta las mismas falsas membranas caen y se renuevan en veinticuatro horas, y que algunas veces al cabo de uno ó de dos dias de duracion desaparecen estas falsas membranas manifiestas para no volver á aparecer.

Descamacion. La descamacion está precedida del paso de la rubicundez escarlatinosa al rojo sucio, y de la desaparicion mas ó menos rápida de esta última tinta. Sin embargo, en algunos casos empieza la descamacion aun cuando exista todavía la coloracion roja; algunas veces tambien, como lo ha observado Wieusseux y Mondiere, solo se presenta una, dos y aun tres semanas despues de la erupcion; Jahn la ha visto repetir muchas veces.

Por lo general la descamacion principia por los primeros puntos invadidos por la erupcion; pero no son raras las escepciones.

Rilliet y Barthez han estudiado con mucho cuidado el modo con que se produce la descamacion. El desprendimiento de la epidermis se hace primero formando pequeñas elevaciones; la membrana se rompe en su centro, pero los bordes van desprendiéndose hasta encontrar el otro desprendimiento próximo, y de aqui resultan unos colgajos epidérmicos irregulares, de color blanco mate, no trasparentes, secos, levantados en sus bordes y que constituyen las escamas escarlatinosas.

Algunas veces no se rompen las pequeñas elevaciones, y entonces hay muchos colgajos á los que la persistencia de estas prominencias da un aspecto particular. Por último, en algunos casos hay una descamacion furfurácea semejante á la del sarampion, y en cierto número tambien se encuentran á la vez todas estas diversas variedades de descamacion.

En la cara se verifica la descamacion casi siempre por pequeñas escamas. En algunos casos raros otras partes del cuerpo presentan, por el contrario, colgajos de una magnitud desmesurada: se ha visto, por ejemplo, desprenderse la epidermis de un dedo bajo la forma de un dedo de guante; pero estos son pormenores de poca importancia.

La abundancia de la descamacion está en relacion directa con la de la erupcion. Algunas veces se ve que acompaña á la esfoliacion de la epidermis un *prurito* incómodo; pero este fe-

nómeno es todavía mas raro en este período que en el de erupcion.

La descamacion puede verificarse hasta en la boca y en las fauces, desprendiéndose colgajos irregulares de epitelio, y de una estension variable, del velo del paladar, de la faringe, de la lengua y de la bóveda palatina. Esta descamacion no está al parecer, tanto como la de la piel, en relacion directa con la intensidad de la erupcion mucosa, y sobre todo de la angina escarlatinosa.

El doctor Helft ha señalado en la escarlatina un *enantema* semejante al del sarampion, y que da lugar á una descamacion cuyos productos se encuentran en las materias escretadas.

Cuando la erupcion empieza á palidecer, los síntomas generales anteriormente descritos se calman y desaparecen rápidamente durante la descamacion.

2.° *Escarlatina irregular* ó *anómala.* La irregularidad de la escarlatina es semejante á la del sarampion.

En el *período de invasion* encontramos tan pronto una gran benignidad de los síntomas, como por el contrario, una intensidad insólita. En este último caso se observan *trastornos digestivos* intensos, y lo que es mas frecuente, *síntomas cerebrales* violentos, delirio, coma y aun convulsiones. Algunas veces falta completamente el período de invasion, como hemos manifestado.

Las irregularidades del *período de erupcion* consisten en la *palidez* del exantema, ó por el contrario, en su *coloracion mas subida* que de ordinario, en su *limitacion á una parte del cuerpo mas ó menos pequeña* y en su rápida desaparicion.

En cuanto á las irregularidades del *período de descamacion* he indicado la principal, que consiste en la forma furfurácea de la esfoliacion; las demás son poco importantes para detenernos en ellas.

Se ha dicho que la *escarlatina* es *anómala* cuando falta uno de los dos fenómenos mas importantes de la enfermedad, es decir, la angina ó la erupcion. La angina falta muy rara vez, pero en algunas ocasiones es muy ligera. En semejante caso se ha observado que la erupcion era ordinariamente irregular.

3.° *Escarlatina sin exantema.* La falta del exantema, cuando todos los demás síntomas de la escarlatina son mani-

fiestos, ha sido notada demasiadas veces con exactitud para que se pueda negar la existencia de la escarlatina sin exantema. Ya Huxham, Stoll, Rosen y Bateman habian indicado algunos hechos de esta especie, y entre los médicos de nuestra época podemos citar á Dance, Bretonneau, Trousseau, Mondiere, Gueretin (1), Taupin (2), Gerardin, Graves y Carriere, que han demostrado definitivamente la existencia de esta anomalía.

Los casos de esta especie se observan durante las epidemias. Se ven algunos sugetos que presentan el movimiento febril y la angina escarlatinosa sin ningun exantema, y en semejante caso se puede, como en los ejemplos citados por Mondiere, ver sobrevenir la *anasarca consecutiva.* Sin embargo, no hay que apresurarse á creer que falta la erupcion; en efecto, algunas veces exige una gran atencion para descubrirla, y la descamacion en algunos puntos limitados viene á manifestar que no ha faltado del todo.

4.° *Escarlatina maligna*, *pútrida*, *atáxica*, *adinámica*, etc. Esta variedad de escarlatina corresponde exactamente al *sarampion atáxico*, *adinámico*, etc. que he indicado en el artículo precedente, y como se aplican las mismas reflexiones á una y á otra, es muy poco lo que tengo que añadir aqui. Asi como en el sarampion maligno, la exacerbacion estrema de los principales síntomas de la escarlatina es la que le da este carácter de gravedad y de malignidad, y segun que predomina tal ó cual síntoma se reviste de esta ó de la otra forma de las calenturas graves. En semejante caso la erupcion es algunas veces ligera, parcial, poco colorada, pero las mas veces es notable por su abundancia y por su coloracion, hasta tal punto que en algunos de estos casos se ha visto gran semejanza entre la erupcion y la erisipela, y se ha dado á la enfermedad el nombre impropio de *escarlatina erisipelatosa.*

5.° *Escarlatina hemorrágica y escarlatina gangrenosa.* La escarlatina hemorrágica se parece bastante bien al sarampion hemorrágico descrito en el precedente artículo. El color lívido ó negruzco de la erupcion, las petequias, las equímosis y

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1842, 3.ª série, t. XIV.

(2) *Essai sur la scarl. sans exanth.* (*Journ. des conn. med.-chir.*, octubre de 1839.

las hemorragias por las diversas mucosas todo les es comun, y por consiguiente seria inútil insistir mas en ello.

Otro tanto diré de la *escarlatina gangrenosa*, mucho menos frecuente que el sarampion gangrenoso, y en la cual la mortificacion ataca ordinariamente la faringe y las paredes bucales.

Una observacion general que se aplica á estas formas graves de escarlatina es que apenas se manifiestan sino en las epidemias, y en las epidemias violentas.

6.° *Complicaciones*. Las complicaciones de la escarlatina son diferentes de las del sarampion. Entre las complicaciones se ha incluido la *faringitis pultácea*, aunque no sea evidentemente mas que la exageracion de un síntoma propio de la escarlatina. Sea de esto lo que quiera, no tengo por qué ocuparme de ella en este lugar. En efecto, el lector encontrará todos los pormenores necesarios sobre este punto en el artículo *Faringitis pultácea* (t. III), que he tenido ya ocasion de mencionar.

No sucede lo mismo con la *coriza*, que es una inflamacion que pertenece al sarampion y no á la escarlatina. Sin embargo, como la coriza intensa que se manifiesta en cierto número de casos no es mas que la estension de la inflamacion faríngea á las fosas nasales, se esplica fácilmente su aparicion cuando la faringitis es intensa. Falsas membranas invaden las fosas nasales, de ellas fluye un moco purulento, la respiracion no se efectúa por las narices, que estan dolorosas, y en una palabra, se observan todos los síntomas de la *coriza seudomembranosa*. Esta inflamacion penetra con bastante frecuencia en el oido por la trompa de Eustaquio.

La *laringitis* y la *bronquitis seudomembranosas* son complicaciones menos frecuentes de la escarlatina que del sarampion; sin embargo, hay epidemias en las que se las ha observado con bastante frecuencia. No tengo necesidad de indicar toda la gravedad de esta complicacion.

A causa de la poca tendencia de las vias respiratorias á inflamarse en la enfermedad de que tratamos, se observan muy rara vez *inflamaciones de pecho*.

Los accidentes cerebrales no deben considerarse como una complicacion sino cuando son debidos á una *inflamacion de las*

meninges ó *del cerebro*, lo que es raro. En el artículo *Reumatismo articular* (1) he hablado de los dolores articulares que sobrevienen en cierto número de sugetos atacados de escarlatina. Esta complicacion es mucho menos grave que las precedentes.

La *inflamacion de las glándulas submaxilares* y *cervicales*, cuando pasa de cierto grado, se mira tambien como una complicacion.

Graves (2) ha referido un caso de escarlatina observado en un niño de cinco años, y en el cual se presentaron *numerosos abscesos* que prolongaron mucho la duracion de la enfermedad.

7.° *Anasarca.* La anasarca no puede considerarse como una complicacion, sino solo como una consecuencia séria y bastante frecuente de la escarlatina.

No creo que debo dar aqui la descripcion de la anasarca, pues seria querer repetir casi todo lo que se ha dicho en uno de los artículos precedentes (3); únicamente mencionaré lo que hay de particular en el edema que se desarrolla á consecuencia de la escarlatina.

Investigando Rilliet y Barthez cuál es la frecuencia de la anasarca en los escarlatinosos, la han hallado en una quinta parte de los sugetos. ¿Se debrá mirar á esta proposicion como definitiva? No podemos creerlo. Rilliet y Barthez observaban en el hospital de Niños, y seria posible que en mejores condiciones higiénicas y con mas precauciones fuese este accidente mucho mas raro, como tambien que se hiciese mas frecuente en condiciones mas desfavorables.

Casi todos los autores estan conformes en atribuir la produccion de la anasarca á la accion del frio, y aunque no tengamos sobre este punto los documentos mas exactos, todo induce á creer que es asi. Pero si comparamos este hecho con la época en que se desarrolla ordinariamente la anasarca, veremos cuán grandes precauciones se deben tomar y con cuánta perseverancia se deben observar. Los que se han ocupado de esta cuestion, Wieusseux, Wells y Hamilton, han notado que la ana-

(1) Véase el art. *Reumatismo muscular*.
(2) *Dublin quarterly Journ. of medicine*; mayo de 1847.
(3) Véase ANASARCA.

sarca apenas se manifiesta hasta los quince ó veinte dias despues de la erupcion, y algunas veces se la ha visto sobrevenir mas adelante. Segun la observacion de Guersant y Blache, solo despues de la décima semana no debe temerse ya la anasarca, consecutiva á la escarlatina, lo que prueba que estos autores han visto que esta anasarca se presenta en una época muy lejana.

¿Se presenta la anasarca indiferentemente cuando la erupcion ha sido débil ó fuerte, limitada ó general? Tal es la opinion generalmente admitida; pero carecemos sobre este punto de investigaciones muy exactas.

No es raro que en el curso de la anasarca consecutiva á la escarlatina se encuentre la *orina albuminosa;* pero este no es un carácter constante, puesto que segun investigaciones recientes, falta en la tercera parte de los casos. Cuando la albúmina se manifiesta en la orina, ¿se deberá ver en ella casos de la enfermedad de Bright? En otra parte he tratado esta cuestion (1), y únicamente diré aqui que algunas veces, como lo ha comprobado Rayer, la enfermedad de Bright se manifiesta á consecuencia de la escarlatina; pero no está probado que exista en todos los casos de anasarca escarlatinosa.

Sin embargo, el doctor W. Gosse (2) ha mirado á la anasarca que sobreviene despues de la escarlatina como ligada á la albuminuria, y ha notado los síntomas siguientes: Inmediatamente despues, sino antes que se manifieste el menor edema, se observa en general una *sensibilidad* y aun un *dolor en la region de los riñones*, una *disminucion* mas ó menos marcada de la *secrecion de estos órganos*, y las mas veces *vestigios de sangre en la orina.* Los síntomas ulteriores, *coma*, *convulsiones*, *inflamacion de las serosas y derrame en su cavidad*, se esplican fácilmente, segun Gosse, por la condicion morbosa de la sangre. En los casos de esta naturaleza, el doctor Rees ha reconocido la *presencia de la urea en la sangre*, pero queda por averiguar si estos fenómenos son constantes.

En cuanto á los síntomas de la anasarca es inútil recordarlos, y únicamente diré que el edema se presenta casi siempre con bastante rapidez, y que algunas veces la anasarca es muy

(1) Véase el artículo *Enfermedad de Bright.*

(2) *London medical Gazette*, 1848.

aguda y se hace rápidamente mortal. Barrier ha observado, en un caso de anasarca un *edema de la glotis* que ha mirado como un edema no inflamatorio. Ya he demostrado en cierto lugar (1) que las razones dadas por este autor no estan libres de toda objecion.

Durante el curso de la erupcion escarlatinosa pueden desarrollarse *otras erupciones* de la misma especie. El doctor Marson (2) ha visto en el espacio de once años presentarse siete veces la escarlatina simultáneamente con la viruela. La escarlatina que sobrevenia durante el curso de las viruelas presentaba sus síntomas propios de invasion como en los casos ordinarios, y la erupcion ofrecia el aspecto que comunmente tiene. En uno de los enfermos hubo anasarca á consecuencia de la escarlatina. Estos hechos son contrarios á la opinion de Hunter, la que por lo demás habia ya sido combatida por hechos no menos evidentes, como se puede ver en un estado formado por el redactor de los Archivos de medicina (3) á continuacion de las observaciones de Marson.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Curso de la escarlatina regular. Las variaciones en el *curso* de la enfermedad son mas considerables en la escarlatina que en el sarampion; sin embargo, en general se puede decir que los síntomas del período de invasion van siempre aumentando hasta el siguiente período, que no obstante algunas veces remiten la víspera ó el dia de la aparicion de las primeras manchas, para volver en seguida á adquirir su primitiva violencia; que continúan con esta intensidad durante los primeros dias de la erupcion, y que disminuyen cuando la erupcion empieza á palidecer. Tal es el curso de la *afeccion* considerada de un modo general; en cuanto á las particularidades, es necesario buscarlas en los pormenores presentados mas arriba.

La *duracion* total de la enfermedad tiene límites mucho

(1) *Mém. de l' Acad. de méd., Œdéme de la glotte,* 1846.
(2) *London medico-chirurg. Transactions,* 2.ª série, *t.* XIX, 1847.
(3) *Arch. gén. de méd.,* enero de 1848.

menos circunscritos que la del sarampion; en efecto, varía entre diez y cuarenta dias. Sin embargo, es necesario convenir en que no se observa frecuentemente que dure cuarenta y ni aun treinta dias. La larga duracion de la enfermedad depende como vamos á ver de la duracion del período de descamacion.

La duracion de los *tres períodos* de que se compone el curso de la escarlatina es asimismo bastante variable. Asi pues la *duracion de la invasion* es de doce horas á cuatro dias y mas; pero lo mas comun es que varíe entre treinta y seis y cuarenta y ocho ó sesenta horas. La *duracion del período de erupcion* es por lo comun mas larga, pues varía de cuatro á seis dias en la mayor parte de los casos. Sin embargo algunas veces se la ha visto que era mas corta: doce ó veinticuatro horas, y otras mucho mas larga: diez ó quince dias, y aun segun algunos autores veinte, treinta y aun cuarenta dias; pero estos últimos casos son escepcionales, y no es seguro que en algunos no haya habido error de diagnóstico.

El *período de descamacion* es el mas variable en todos bajo el punto de vista de la duracion. Asi es que algunas veces se le ve terminado en cuatro ó cinco dias, y otras dura veinte dias y mas. Sin embargo, en el mayor número de casos no pasa de diez á doce dias.

La escarlatina en el estado esporádico y regular *se termina* rara vez por la muerte; no sucede lo mismo en las epidemias, que estan sin embargo muy lejos de ser igualmente mortíferas. Tan pronto se ha observado una mortalidad de uno por cada veinte enfermos, como de uno por ocho y aun de uno por cuatro. La escarlatina irregular, y sobre todo la escarlatina complicada y maligna, son frecuentemente mortales. Igualmente que el sarampion, la escarlatina puede reproducirse muchas veces en el mismo sugeto, pero esta es una escepcion; las *recidivas* no se observan por lo comun mas de una vez, y sin embargo algunos autores (Jahn, Henrici) afirman haberla visto hasta siete y aun diez y siete veces en un mismo sugeto.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Las lesiones debidas á la escarlatina no deben detenernos mas tiempo que las del sarampion: la putrefaccion mas rápida de los cadáveres, las manchas lívidas y violáceas en los puntos ocupados por la erupcion, la inyeccion del tejido reticular de la piel, la congestion de los órganos internos, las alteraciones análogas en la mucosa bucal y faríngea; en los casos de escarlatina hemorrágica, pequeños derrames sanguíneos en la superficie de las mucosas y aun en el parénquima de los órganos; una hinchazon de las placas de Peyer y de Brunner, que algunos médicos han considerado sin razon como una alteracion semejante á la que caracteriza anatómicamente á la calentura tifoidea; en fin las lesiones debidas á las diversas complicaciones, y la anasarca: tales son las lesiones que se han notado en esta enfermedad. Como se ve, en vano se buscaria alguna cosa que pudiese ilustrarnos acerca de la naturaleza de la afeccion.

El *estado de la sangre* ha sido el objeto de algunas investigaciones que merecen mencionarse. Hé aqui cómo se espresan sobre este punto Blache y Guersant: «La sangre, dicen, está lejos de tener en la escarlatina caracteres físicos constantes. Es gruesa, serosa, negruzca ó clara; está líquida ó cuajada en coágulos de color y densidad variables. Por consiguiente, se diferencia por su aspecto esterior de la sangre en el sarampion, y sin embargo Andral ha encontrado en los dos exantemas los mismos caracteres químicos y microscópicos del líquido sanguíneo, es decir, que conserva la cantidad media normal de fibrina (3 partes por 1000), y un aumento de la proporcion ordinaria de los glóbulos (127 por 1000). En efecto, en cuatro enfermos ha reconocido que la cantidad de fibrina era de 3, $3^1/_2$ y 4; y en otros dos, la de los glóbulos de 136 y 146 (1).»

Es probable que estas diferencias halladas en el estado de

(1) *Cours. de la Faculté*, 1841.

la sangre dependen de la presencia ó de la falta de complicaciones inflamatorias; pero convendria hacer nuevas investigaciones sobre este punto para fijar nuestra opinion.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El diagnóstico de la escarlatina regular solo presenta dificultades en el primer período. Si la invasion dura muchos dias, es casi imposible saber en el primero y aun en el segundo dia qué afeccion va á presentarse; en el caso contrario la rubicundez de la boca y la angina que sobreviene prontamente servirán de guia para el diagnóstico.

Diagnóstico de la invasion. Hé aqui sobre el diagnóstico de este período algunas observaciones generales. Si la enfermedad empieza por una calentura muy intensa que no se esplica por la lesion de ningun órgano, es de esperar que aparezca un exantema; si sobreviene una angina bastante viva hay razones para creer que está próxima la aparicion de la escarlatina, y cuando se manifiesta el color rojo de frambuesa en el velo del paladar y de la faringe, estas presunciones se convierten en certidumbre. Estos signos diagnósticos tienen mayor valor en un niño que en un adulto.

Hemos dicho que en algunos casos de escarlatina irregular puede ser dificil determinar la erupcion; la coriza existe igualmente que la angina, y se puede dudar si es una escarlatina ó un *sarampion*. En este caso, hé aqui las consideraciones que deben guiar al médico en el diagnóstico.

En la escarlatina, el período de invasion es mas corto, la angina es mas violenta, al paso que la coriza es menos intensa, á lo menos al principio; los síntomas cerebrales son mas violentos y mas frecuentes, la rubicundez de la piel es uniforme ó gularmente jaspeada, siendo asi que en el sarampion hay manchas irregulares. En la escarlatina se observa una hinchazon de los pies y de las manos que no existe en el sarampion; pero la primera no presenta los esputos nunmulares que se observa en el segundo.

No tengo necesidad de añadir que no son infalibles estos

signos diagnósticos; y esto es lo que resulta de la descripcion precedente. Sin embargo, cuando se encuentran cierto número de ellos reunidos se les debe dar gran valor.

El diagnóstico presenta igualmente dificultades en los casos que existe una angina sin erupcion; pero en primer lugar se puede dejar á un lado la angina simple, porque en los casos de que se trata es una angina pultácea, y por consiguiente, el diagnóstico tiene que hacerse entre la angina pultácea escarlatinosa y la *angina difterítica* ó *seudomembranosa*. Pero ya he espuesto este diagnóstico diferencial en el artículo *Faringitis pultácea* (1), por lo cual me limitaré á reproducirle en el cuadro sinóptico del diagnóstico, añadiendo algunos signos diferenciales.

No llevaré mas adelante este diagnóstico, porque las demás dificultades que se pueden encontrar no se manifiestan sino en casos particulares, que es imposible comprender en una esposicion general.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la escarlatina y del sarampion irregulares.*

ESCARLATINA.	SARAMPION.
Período de invasion *mas corto.*	Período de invasion *mas largo.*
Angina predominante.	*Coriza y bronquitis* predominantes.
Rubicundez de la piel *uniforme ó regularmente punteada.*	Rubicundez de la piel formando *manchas irregulares.*
Síntomas cerebrales *mas frecuentes* y *mas violentos.*	Síntomas cerebrales *menos frecuentes* y generalmente *menos violentos.*
Hinchazon de los pies y de las manos.	*No hay hinchazon* de los pies y de las manos.
Sin esputos nummulares.	*Esputos nunmulares*

(1) Véase el artículo *Faringitis.*

2.° *Signos distintivos de la angina pultácea escarlatinosa cuando falta la erupcion, y de la angina seudomembranosa.*

ANGINA PULTÁCEA ESCARLATINOSA.	ANGINA SEUDOMEMBRANOSA.
Se presenta *en el curso de una epidemia de escarlatina.*	Se manifiesta *fuera de las epidemias de escarlatina.*
Invasion *violenta.*	Invasion *insidiosa.*
Amígdalas mas bien *barnizadas por la exudacion* que cubiertas de falsas membranas.	Amígdalas *cubiertas de falsas membranas* evidentes.
La exudacion se produce en partes de *color rojo de escarlata.*	La falsa membrana difterítica se produce en partes que presentan una *rubicundez inflamatoria.*
Exudacion *blanca, opaca, caseiforme, que se deja fácilmente surcar por un cuerpo algo duro.*	La falsa membrana es *agrisada, tenaz, y no recibe fácilmente la impresion de los cuerpos duros que la surcan.*
La exudacion *invade simultáneamente toda la estension de la boca posterior, y muchas veces la de las fosas nasales.*	La falsa membrana *empieza por islotes en las amígdalas, y desde alli se dirige hácia la laringe.*
Mediana tendencia á dirigirse hácia las vias respiratorias.	*Tendencia estrema* á invadir las vias respiratorias.

Pronóstico. Cuando la escarlatina sobreviene en un sugeto sano, no es estremada la intensidad de los síntomas de la invasion y no hay irregularidad en su curso, el pronóstico es favorable. Sin embargo, conviene no olvidar la reserva que debe guardarse, y que he recomendado al hablar del sarampion.

Las complicaciones constituyen en general toda la gravedad de la enfermedad, siendo las mas peligrosas la angina y la coriza pultáceas, la gangrena de la boca y la inflamacion del cerebro y de las meninges.

No necesito indicar la gravedad de la *escarlatina maligna*, porque resulta de lo que acabo de decir que la estrema intensidad de los síntomas febriles hace el pronóstico peligroso, y esta intensidad estrema es lo que constituye la escarlatina maligna.

La escarlatina hemorrágica es casi constantemente mortal.

La anasarca consecutiva es un accidente fatal que puede ocasionar la muerte.

Un estado de salud alterado por otra enfermedad aumenta mucho la gravedad del pronóstico cualquiera que sea la forma de la afeccion; pero bajo este aspecto la escarlatina no se diferencia de las demás enfermedades.

Algunas veces se ha visto que tanto la escarlatina como el sarampion modifican ventajosamente las enfermedades cutáneas crónicas preexistentes.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Es tal la semejanza que hay en el modo de ser de la escarlatina y del sarampion, que casi todo lo que se ha dicho del tratamiento del uno se puede aplicar al tratamiento de la otra. Por consiguiente solo tendré que mencionar aqui un corto número de particularidades.

En la *escarlatina simple y benigna* es necesario emplear las mismas precauciones higiénicas que en el sarampion. Unicamente es preciso, despues de la desaparicion de la enfermedad, tener á los enfermos con mucho mas cuidado y mas largo tiempo al abrigo del contacto del aire frio á causa de la inminencia de la anasarca. Segun Vieusseux, no se puede permitir á los enfermos en las estaciones calurosas esponerse al aire libre hasta seis semanas despues de la desaparicion del exantema, y en las estaciones frias se les debe prohibir durante todo este tiempo pasar de un cuarto al otro y esponerse al menor cambio de temperatura.

En cuanto á los sudoríficos, á los escitantes generales, á las cubiertas calientes y en mucho número, á los escitantes locales, á los baños de vapor, etc., es necesario recordar lo que he dicho al ocuparme del tratamiento del sarampion.

Muchos autores recomiendan los *purgantes* y los *vomitivos*, y se prescriben principalmente en los casos de angina intensa. Los médicos ingleses administran frecuentemente los *calomelanos* á la dosis de 10 á 15 centígramos (2 á 3 granos), una, dos ó tres veces al dia.

En los casos de *escarlatina maligna*, *pútrida*, *atáxica*, etc.,

es menester conducirse como he dicho al hablar de los casos análogos que presenta el sarampion. Otro tanto digo relativamente á la *escarlatina hemorrágica* (1).

Los *accidentes cerebrales* que no son debidos á una encefalitis ó á una meningitis, casi no exigen medios particulares. Cuando hay una inflamacion cerebral, se debe combatir esta complicacion por los medios ordinarios.

En todos los casos que acabo de mencionar, cuando la *sangría* y las *emisiones sanguíneas locales* estan indicadas por una complicacion inflamatoria, no se debe vacilar en recurrir á ellas; pero, asi como en el sarampion, es necesario usarlas con moderacion.

Uno de los medios que al parecer son mas eficaces, y que es el menos usado en Francia, consiste en las *afusiones frias* administradas primero con perseverancia por Currie (2), y despues de él por muchos médicos ingleses y alemanes, y en el dia por los hidroterápicos.

En el concepto de casi todos los autores, se deben reservar las afusiones para los casos en que la calentura es intensa, en que hay síntomas atáxicos, en una palabra, para los casos mas graves.

Se hacen las *afusiones frias* colocando al enfermo en un baño, y echándole sobre el cuerpo cinco ó seis cubos de agua fria uno tras otro. Las *lociones* se hacen en todo el cuerpo con una esponja ó una servilleta mojada. Despues de las afusiones y de las lociones es necesario enjugar con gran cuidado á los enfermos; pero no conviene cubrirlos mas que antes, ni envolverlos en sábanas calientes.

Las afusiones y las lociones deben hacerse cada dos, tres ó cuatro horas. Al médico toca juzgar si deben repetirse con mas ó menos frecuencia, lo que depende de la mayor ó menor rapidez con que se reproduce el calor morboso.

En cuanto al *tratamiento hidroterápico*, no creo que debo describirle aqui, porque es generalmente demasiado conocido. Es sabido que antes de someter á los enfermos á la accion del agua fria, se provoca en ellos la traspiracion.

(1) Véase el artículo *Sarampion*.
(2) *Medic. Reposit.*, etc., Liverp., 1814.

No cabe duda de que hay mucha diferencia de estos tratamientos al que por tan largo tiempo se ha elogiado, y que consistia en *escitar la piel* por medio de los escitantes, de los sudoríficos, y cargando á los enfermos de cubiertas; pero la esperiencia está en favor del método refrigerante. Desde Currie, que ha empleado con el mas feliz éxito este método en un gran número de casos, los autores ingleses y alemanes han acumulado los hechos en su favor, y los médicos que han observado en los establecimientos hidroterápicos han visto que el agua fria aplicada en condiciones en apariencia tan desfavorables, produce un alivio notable, sin ocasionar jamás ningun accidente. Recientemente todavía Schedel (1) ha podido observar bastante número de casos en los que le han parecido evidentes las ventajas del tratamiento hidroterápico.

Si ahora queremos formar un juicio definitivo acerca de la medicacion por el agua fria, nos veremos embarazados como en casi todas las cuestiones terapéuticas, por falta de los datos suficientes. En efecto, seria necesario hacer una análisis rigurosa de un gran número de hechos para darnos á conocer el grado de eficacia de esta medicacion, y precisamente esto es lo que no tenemos, porque no está generalmente reconocida la necesidad de las investigaciones de esta naturaleza. Todo lo que podemos decir es que: 1.° las afusiones y las lociones de agua fria no tienen el peligro que les habian atribuido ideas teóricas; 2.° que su efecto inmediato es calmar los enfermos, y darles una sensacion de frescura agradable; 3.° que en cuanto al resultado definitivo, es decir, al éxito y duracion de la enfermedad, es necesario hacer nuevas investigaciones, en las cuales se tengan en consideracion la gravedad de los síntomas, el estado de simplicidad ó de complicacion de la enfermedad, la edad de los enfermos, el estado esporádico ó epidémico de la afeccion, etc., etc.; en una palabra, una estadística bien completa para fijar nuestra opinion sobre este punto.

Los partidarios estremados de la medicacion por el agua fria la emplean en todos los casos de escarlatina, pero esto es un esceso. Yo creo que conviene reservar esta medicacion

(1) *Examen clin. de l' hidr.*; Paris, 1845.

para aquellos enfermos en quienes es muy elevado el calor, la calentura muy violenta y la agitacion considerable.

Tratamiento profiláctico. Muchas son las sustancias que se han indicado como preservativos de la escarlatina.

Citaré en primer lugar la *belladona* recomendada principalmente por los médicos alemanes, y que se administra de la manera sigúiente:

℞	Estracto de belladona.....	5 centígram.	(1 ğ)
	Agua de canela...........	15 gram.	(℥ß)

A los niños de un año se dan dos y tres gotas mañana y tarde; á los niños de dos años, tres ó cuatro gotas; y asi sucesivamente aumentando una gota por cada año.

No haré mas que indicar el *agua de brea*, los *calomelanos*, las *fumigaciones ácidas* y el *azufre dorado de antimonio*, porque no tenemos pruebas suficientes de su eficacia.

El doctor Webster (1) emplea principalmente como tratamiento profiláctico las lociones en todo el cuerpo con una mezcla de *ácido acético* ó simplemente de *vinagre* comun y de *agua tibia*. Este médico dice que numerosos hechos le han demostrado que por este medio bien sencillo se impide la propagacion de la enfermedad á las personas que habiten en la misma casa. Es una medicacion que se puede emplear fácilmente.

La *inoculacion* propuesta por Lehmann y Miquel, de Amboise, puede usarse en el caso de epidemia; pero no se está de acuerdo acerca de su valor.

Casi todos los autores estan conformes en decir que es necesario atenerse al *aislamiento*. Cuando la erupcion y la angina estan en todo su vigor entonces parece ser mas de temer la trasmision; pero es necesario guardarse de creer que no es posible en todas las épocas de la descamacion.

Para evitar los accidentes consecutivos á la escarlatina, el doctor Schneemann (2) aconseja las *unturas hechas con un pedazo de tocino caliente sobre todo el cuerpo* en el período de la descamacion. Estas unturas deben hacerse sin descubrir al enfermo para evitar el enfriamiento. Admitiendo que este

(1) *Monthly Journ.*, y *Revue médic.-chir.*, setiembre de 1850.

(2) Véase el artículo *Faringitis pultácea*.

medio tenga los efectos que le atribuye Schneemann, se puede creer que las unturas con otra cualquiera materia grasa producirian los mismos resultados.

Para combatir la *anasarca escarlatinosa* que él atribuye, como hemos visto, á la albuminuria, el doctor W. Gosse (1) aconseja las *emisiones sanguíneas*, los *purgantes hidragogos*, los *baños calientes* por las noches y cortas dosis de *tártaro estibiado* frecuentemente repetidas. Segun este autor se hallan contraindicados los diuréticos, porque favorecen la espulsion de la albúmina. Unicamente me quedaria que indicar el *tratamiento de la angina pultácea*; pero ya le he dado con los mas estensos pormenores en otro artículo de esta obra (2).

CAPITULO II.

AFECCIONES VESICULOSAS Y PUSTULOSAS.

En estas afecciones, asi como en las que se han descrito en el precedente capítulo, los síntomas febriles son los principales; pero sin embargo, las erupciones tienen en general alguna mayor importancia, como se verá detalladamente en la historia de cada una de ellas.

ARTICULO I.

MILIAR.

(Calentura ó sudor miliar.)

Antes de entrar en la descripcion de esta enfermedad, que se ha manifestado frecuentemente bajo la forma de epidemias graves, importa determinar si merece realmente ocupar un lugar en el cuadro nosológico, ó si como opina un médico hábil

(1) *Gazette méd. de Strasbourg*, 1848.
(2) *Lug. cit.*

de nuestra época (1), la miliar no es mas que un epifenómeno que ha sobrevenido en el curso de varias enfermedades febriles.

Para tratar esta cuestion no recurriré á los autores de los últimos siglos, aunque pudieran suministrarnos conocimientos útiles, y únicamente haré mencion de las investigaciones hechas en estos últimos veinte años, con el cuidado con que hoy dia se hacen las observaciones. En 1821 hubo en los departamentos del Oise y de Sena y Oise una epidemia de sudor miliar, que fue observada por Rayer, quien nos ha dado una buena descripcion de ella (2). En 1832, Meniere, Pinel Granchamp y Hourmann observaron una epidemia igual en las mismas localidades, y la describió Meniere (3). En 1839, época en que veia la luz pública el artículo de Chomel, se publicaba tambien la relacion de una epidemia que apareció en el distrito de Coulommiers y que ha sido estudiada por Barthez, N. Gueneau, de Mussy, y Landouzy (4). El mismo año ha dado el doctor A. Robert (5) una descripcion de la calentura miliar que se observaba hacia siete años en Chaumont y sus inmediaciones, y finalmente, el doctor Parrot ha enviado á la Academia de medicina la relacion de una epidemia de esta clase, de que ha sido testigo en 1841 en el departamento de la Dordoña (6).

Cuando la última epidemia del cólera hacia estragos en Francia, se ha observado en una porcion de puntos otra epidemia de miliar, de la cual se han hecho muchas relaciones importantes, entre las que citaremos las de Foucart (7), Bourgeois (8) y Taufflieb (9). Estas últimas relaciones han modifi-

(1) Chomel, *Dict. de méd.*, t. XX, art. Miliaire.

(2) *Histoire de l' épidémie de suette miliaire qui a régné en 1821 dans les départements de l' Oise et de Seine-et-Oise*; Paris, 1822, en 8.°

(3) *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXIX, p. 98.

(4) *Gazette médicale de Paris*, 1839.

(5) *De la fièvre miliaire*, 1839.

(6) *Histoire de l' épidémie de suette miliaire qui a regné dans le département de la Dordogne* (*Mémoires de l' Académie de médecine*; Paris, 1843, t. X, p. 386).

(7) *Mémoire présenté à l' Acad. de méd.*, 17 de setiembre de 1849.—*Bulletin de l' Acad.*, t. XIV, p. 922, 1116.

(8) *D' une épidémie de suette*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 4.° série, 1849, t. XXI, p. 303).

(9) *Bull. gén. de thérap.*, mayo de 1849.

cado nuestra opinion respecto á varios puntos, y especialmente en cuanto á la gravedad de la enfermedad.

Es pues, fácil asegurarse con semejantes documentos de si realmente existe una afeccion bien distinta de todas las demás, á la que pueda darse el nombre de *calentura miliar* Un exámen detenido de estas relaciones nos ha demostrado que sucede efectivamente asi; pero no trataremos de probarlo ahora, porque esta demostracion solo puede hacerse describiendo la enfermedad y dando por consiguiente pormenores en que debemos entrar mas adelante. Unicamente consignamos el hecho, limitándonos á decir que nos fundamos principalmente en la semejanza de los síntomas y del curso de la afeccion en las diversas epidemias que se han observado.

Sin embargo, guardémonos de considerar como una calentura miliar propiamente dicha á toda enfermedad en la cual aparece la erupcion miliar, porque en efecto los hechos que indica el profesor Chomel no pueden ponerse en duda, y es muy cierto que en un número muy considerable de casos esta erupcion no es mas que una complicacion ó un epifenómeno, para servirme de la espresion del autor que acabamos de citar. En Paris apenas se observan mas que casos de este último género, y esto es probablemente lo que ha causado las dudas que han asaltado á algunos.

La miliar puramente sintomática solo tiene una escasísima importancia, y asi diremos de ella únicamente cuatro palabras, y nos ocuparemos casi esclusivamente de la calentura miliar propiamente dicha, á la que se ha dado y merece el nombre de *sudámina*.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La enfermedad, tal como la consideramos aqui, es una calentura, una pirexia caracterizada principalmente por grandes sudores y por una erupcion papulosovesiculosa, que si hemos de atender á ciertos casos, no es constante, pero que por lo menos falta muy raras veces. Los granos que constituyen la erupcion tienen casi la figura y el volúmen de un grano de mijo, que

es lo que ha hecho que se diese á esta afeccion el nombre de *miliar.*

Las principales denominaciones con que se la ha designado son las siguientes: *miliaria*, *exanthema miliare*, *febris purpurata miliaris*, *purpura miliaris*, *purpura alba*, *hydroa*, *febris vesicularis*, *púrpura blanca*, *sudor de los Picardos*, etc.

Las epidemias de miliar no son raras, y la prueba es lo que hemos dicho hace poco; sin embargo, son menos frecuentes y sobre todo menos mortíferas que en los dos últimos siglos. Si se esceptúa la miliar sintomática, se puede decir que esta enfermedad es bastante rara en el estado esporádico; pero no obstante se observan todos los años ejemplos mas ó menos numerosos en los puntos en que ha reinado epidémicamente.

§. II.

CAUSAS.

Nada mas oscuro que la etiologia del sudor miliar, y hé aqui los únicos datos un poco exactos que poseemos acerca de este punto. La edad mas predispuesta es de los veinte á los cuarenta años (Rayer); ataca mas á las mugeres que á los hombres en la proporcion de 5 á 4 próximamente (Rayer, Parrot, Gueneau, Barthez, Landouzy). Segun Parrot, la *preñez* y el *estado puerperal* predisponen particularmente á esta enfermedad; pero no se ha notado ninguna influencia apreciable en cuanto á las condiciones higiénicas.

No deben preocuparnos las *causas ocasionales* que admiten los autores que consideran á la miliar como un epifenómeno, porque en efecto si ofrece algun interés el saber si los vestidos de lana, el calor escesivo ó un tratamiento demasiado escitante producen la miliar, solo es relativamente á la erupcion cuando aparece en el curso de otra afeccion febril.

En cuanto á las causas determinantes de la calentura propiamente dicha, debemos convenir en que las ignoramos completamente. Algunos médicos han admitido el *contagio*, pero sin prueba alguna, pues como dice Foucart (1), nada hasta

(1) *Lug. cit.*

ahora ha demostrado de un modo positivo que sea trasmisible por contagio ni por infeccion. Ya hemos dicho que por lo comun es *epidémica* y *endémica*.

El doctor Boinet (1) ha observado la miliar coincidiendo con el cólera en los mismos individuos, apareciendo este último en el curso del sudor. Estos hechos son contrarios á la opinion de Lachaise (2), que cree que cuando se presenta una epidemia de una de estas enfermedades se suspende la otra, y viceversa.

§. III.

SÍNTOMAS.

Para la descripcion de los síntomas se ha dividido el sudor miliar en *contínuo* y en *remitente;* pero en las epidemias se le ha observado por lo comun en la forma contínua, y solo Parrot, que le ha visto en la Dordoña, ha hallado casi constantemente que la calentura era remitente. Por consecuencia, la calentura miliar que mas nos interesa estudiar es la contínua, bastando pocas palabras para dar á conocer la forma remitente.

Síntomas precursores. Es una cuestion que aun no está completamente resuelta la de saber si los síntomas que preceden á la erupcion son raros ó frecuentes. Segun algunos autores, uno de los caracteres de la miliar es la *invasion repentina* de la enfermedad, de tal modo que en una epidemia hay muchos sugetos que en la víspera estaban buenos y al dia siguiente presentaban uno de los síntomas mas característicos, es decir, los sudores abundantes. Otros por el contrario han visto preceder casi siempre á los síntomas propios de la enfermedad, y durante uno ó mas dias, un estado manifiesto de malestar, anorexia, laxitudes espontáneas y un cansancio que no basta á disipar el sueño. El doctor Robert, que ha hecho una buena descripcion de la enfermedad en vista de observaciones numerosas, ha notado casi constantemente estos síntomas precursores. Otros han observado la cefalalgia supraorbitaria, los

(1) *Bull. de l' Acad. de méd.*, t. XV, 1849, p. 79.
(2) *Bulletin de l' Acad. de médecine*, 28 de agosto de 1849, t. XIV, p. 1023.

dolores en las articulaciones y en el hipogastrio, las náuseas, los vómitos y los dolores cólicos. La única consecuencia posible de todo esto, es que respecto á los síntomas precursores varían las diversas epidemias, pues por otra parte, y fundándose en observaciones exactas, Barthez, Gueneau, de Mussy, y Landouzy han sostenido que la enfermedad invade por lo comun de un modo repentino.

Invasion. Que la enfermedad haya empezado ó no por los síntomas que acabamos de indicar, la *invasion* positiva de la miliar está caracterizada ordinariamente por un *escalofrío* mas ó menos intenso, al que sigue un sudor abundante con un quebrantamiento de miembros, desde cuya época la afeccion está ya declarada.

Síntomas de la enfermedad declarada. Los *sudores* constituyen uno de los síntomas mas importantes y que menos tardan en aparecer. En los casos en que no ha habido síntomas precursores anuncian casi siempre la invasion, y en los demás siguen inmediatamente al escalofrío como acabamos de decir.

Los sudores son especialmente notables por su abundancia y por su continuidad. Rayer ha insistido con razon en este carácter, y ha observado que el sudor existe en todos los momentos y en un grado considerable, cualquiera que sea la forma de la enfermedad. No obstante, es preciso convenir con Barthez, Gueneau, Parrot y Robert, que cuando la afeccion es remitente existe una diferencia notable en la abundancia de los sudores durante los paroxismos y en los intervalos que los separan.

Es tal *la abundancia de los sudores* que pueden pasar las sábanas, los colchones, y en una palabra, la cama entera; que torciendo las sábanas se ve á veces chorrear el sudor, y que levantando las ropas se nota que se eleva bajo la forma de un vapor denso que condensándose cae á manera de lluvia. No obstante, hay grados muy diversos respecto á la abundancia de los sudores, pero en general se puede decir que son notables por su cantidad.

Segun Robert, el sudor es agrio y exhala un *olor de vinagre enmohecido;* sin embargo, Barthez, Gueneau y Landouzy han aplicado papel de tornasol á la cara de los enfermos y no

han hallado ni acidez ni alcalinidad manifiestas. Rayer y Moreau (1) han comparado el olor del sudor al de la *paja podrida*, pero segun Meniere, solo se percibe este olor cuando los enfermos estan acostados sobre jergones de paja ya viejos y que constituyen la pieza principal de la cama. En cuanto á Parrot, no compara este olor á ningun otro, y se limita á decir que es tan característico que es imposible dejar de reconocerle despues de haberle percibido una vez.

El *calor* de la piel está elevado, y esta elevacion de la temperatura se halla en relacion directa con la intensidad de la enfermedad. Como esta membrana se halla macerada por el sudor, ofrece al tacto, segun el doctor Parrot, una sensacion particular é indefinible que dice este autor que es patognomónica.

La *erupcion* no aparece por lo comun hasta los tres y con mas frecuencia aun á los cuatro dias, por lo que se ha dado á la enfermedad el nombre de *calentura miliar*. Robert la ha visto presentarse del cuarto al sesto dia, y no es muy raro que tarde hasta el sétimo y aun hasta el octavo. A esta erupcion precede una *picazon* y un *hormigueo general*, á cuyos síntomas sigue muy pronto. La erupcion no es un fenómeno constante, pero los casos en que no se ha observado son bastante raros para no conceder el mayor valor á este síntoma, tanto mas cuanto que, como dicen muy bien Barthez, Gueneau y Landouzy, se ha debido ver á veces un sudor miliar donde no existia, por esa tendencia que hay á atribuir durante una epidemia la mayor parte de las afecciones á la enfermedad reinante.

Barthez, Gueneau y Landouzy han descrito con cuidado las tres variedades de la erupcion, que se designa con los nombres de *miliar roja*, *miliar vesiculosa* ó *flictenosa* y *miliar blanca*. La *miliar roja* consiste en manchitas de 2 á 5 milímetros (1 á 2 $1/2$ líneas) de diámetro, rojas, ligeramente prominentes, que dan á la piel cierta aspereza, que desaparecen á la presion y vuelven á aparecer muy pronto. Los autores que acabo de citar han visto con una lente una vesiculita en el vértice de estas manchas.

La *miliar vesiculosa* consiste en vesículas mas voluminosas rodeadas por su base de una aureola roja que contienen un

(1) *Journ. heb. de méd.*, t. VIII.

líquido trasparente, el cual al cabo de algun tiempo toma un aspecto puriforme que ha hecho que se diese á esta variedad el nombre de *vesiculosopustulosa*. Cuando la serosidad se acumula en mayor abundancia debajo de la epidermis, forma flictenas y constituye la *miliar ampollosa* ó *flictenoides*.

Miliar blanca. Se ha dado este nombre á unas vesículas enteramente semejantes á la sudámina que se observa en varias enfermedades y particularmente en la calentura tifoidea.

Estas diversas especies de erupcion se encuentran muchas veces reunidas en el mismo sugeto, ó á lo menos van apareciendo sucesivamente; la que se halla con menos frecuencia es la forma flictenosa.

La erupcion pueda prolongarse durante dos ó tres septenarios; las vesículas se renuevan, se secan unas y aparecen otras, hasta que se disipan los síntomas generales ó sobreviene al contrario un estado grave y que anuncia la muerte, pues entonces la erupcion se pone pálida y se marchita.

Cuando la erupcion consiste únicamente en pápulas rojas, sucede á veces que la miliar desaparece sin dejar ninguna *descamacion;* pero por lo comun se observa esta unas veces de aspecto furfuráceo y otras constituida por la caida de pedazos de epidermis de bastante estension lo mismo que en la escarlatina. Se ha observado á veces que la lengua pierde su epidermis por una descamacion semejante á la del resto del cuerpo, á pesar de no haberse podido descubrir vesículas en este órgano; entonces queda con un color rojo subido lo mismo que despues que se desprende el *muguet*.

No se debe admitir de un modo absoluto la falta de la descamacion cuando solo ha habido una miliar roja, pues Barthez, Gueneau y Landouzy la han observado en algunos casos ocho ó diez dias despues de haber desaparecido todos los demás síntomas.

El *asiento* de predileccion de la erupcion es en la parte anterior del pecho, en el abdomen y en la region dorsal, á cuyos puntos siguen las estremidades superiores, luego las inferiores, y por último la cara y los tegumentos del cráneo. Es raro que se la observe en los pies; Rayer, Barthez, Gueneau y Landouzy la han hallado hasta en el velo del paladar, pero nunca en la lengua.

A veces aparece la erupcion con mucha rapidez sobre la superficie del cuerpo, y entonces puede ser *confluente;* en otros casos se presenta sucesivamente y con lentitud en los puntos que dejamos mencionados, y entonces puede ser *discreta*, y hasta hay casos en que permanece *circunscrita* en una parte limitada del cuerpo, por ejemplo, en el abdomen.

El *prurito* y el *hormigeo* de que hemos hablado antes de ahora continúan durante la erupcion: á veces hay punzadas fuertes y otras veces tambien dolores bastante intensos en la superficie del cuerpo; pero estos síntomas suelen estar en relacion con la abundancia y la rapidez de la erupcion.

Al mismo tiempo que existen estos fenómenos, se observan otros síntomas que tienen grande importancia. Hay una *cefalalgia* mas ó menos intensa por lo comun frontal, que dura toda la enfermedad, se aumenta en el momento de la erupcion, y á veces adquiere entonces una violencia suma. En muchas epidemias ha sido constante esta cefalalgia, pero en algunas, y particularmente en las que han observado Barthez, Gueneau y Landouzy, ha faltado este síntoma en cierto número de casos, y en otros solo ha tenido una duracion limitada. Bourgeois (1) ha observado muchas veces *dolores neurálgicos de la cabeza.*

Hay además *agitacion*, ansiedad, abatimiento, insomnio, á veces hasta *delirio*, espasmos y convulsiones, síntomas cuya intensidad varía mucho, segun los casos. En general hay una gran debilidad y se observan dolores en las articulaciones y una sensacion de quebrantamiento en los miembros. Barthez, Gueneau y Landouzy han visto muchos enfermos que han tenido *epistaxis* bastante abundantes, y en algunos ha costado trabajo contener la hemorragia.

En las *vias digestivas* se nota una sed rara vez muy intensa, pérdida del apetito y un estado saburral de las primeras vias; á veces hay algunas náuseas y vómitos, y sobre todo una *constriccion dolorosa en el epigastrio* que ha llamado la atencion de todos los observadores. Lo mismo que los anteriores síntomas, este dolor epigástrico puede existir desde el principio de la enfermedad; pero como estos tambien, y

(1) *Lug. cit.*

todavía mas, aumenta notablemente en el momento de la erupcion y mientras dura esta. En ciertos sugetos este dolor epigástrico es intensísimo, dura dos ó tres horas, y luego desaparece mas ó menos para volver mas tarde á presentarse, y asi sucesivamente. En algunos enfermos es una sensacion de angustia muy penosa, á la que siguen á veces verdaderas *lipotimias*. La *sangre* que se estrae de la vena nunca forma costra, segun las observaciones de Parrot, presenta un coágulo ancho y poco consistente y una gran cantidad de suero.

En un corto número de individuos ha observado Rayer un flujo disentérico; pero estos casos son raros. En muchos casos aparecen *aftas* y *producciones sendomembranosas*.

Aun cuando casi nunca hay en los *órganos respiratorios* lesion alguna apreciable por la percusion y la auscultacion, los enfermos se quejan de opresion, tienen una respiracion frecuente y penosa, y á veces hasta indicios de sufocacion, cuyos síntomas se han atribuido á un trastorno del influjo nervioso. En algunos casos raros se han hallado los signos de una bronquitis poco intensa.

La *orina*, que durante todo el curso de la enfermedad es trasparente, se pone turbia y sedimentosa al fin de la erupcion, cuando la afeccion termina de un modo favorable. Robert ha observado constantemente este síntoma.

Se ha notado que un gran número de mugeres acometidas del sudor miliar han tenido sus reglas durante la enfermedad, y de aqui se ha deducido que esta afeccion provoca y adelanta el *flujo menstrual*. Es difícil decidirse acerca de este punto, pero sin embargo debemos advertir que esta particularidad ha ocurrido en varias epidemias. Parrot ha observado muchos *abortos* en el curso de la afeccion.

El *pulso* está acelerado y en general desarrollado durante la erupcion: cuando la enfermedad se hace muy grave suele presentarse débil, pequeño, contraido é irregular, y en los casos muy intensos los latidos del corazon son violentos y tumultuosos.

Tales son los síntomas del sudor miliar: en cierto número de casos son ligeros, aun cuando aparecen muchos reunidos, y la enfermedad sigue su curso sin perturbacion; se desarrolla bien la erupcion y sobreviene la terminacion favorable en ocho

ó quince dias; este es el *sudor miliar benigno*. En otros casos la enfermedad recorre bien sus períodos; pero la agitacion, los dolores, la constriccion epigástrica, etc., en una palabra, los síntomas principales ofrecen una gran intensidad, la enfermedad tiene una duracion mas larga, la convalecencia es penosa, y á veces sucumben los enfermos, por lo comun á consecuencia de una complicacion: este es el *sudor miliar intenso*. Finalmente, en algunos casos la invasion es repentina, los síntomas nerviosos en estremo violentos, la calentura es sumamente intensa y el sudor de una abundancia escesiva, entonces los enfermos sucumben pronto y por lo comun no hay erupcion. Estos son principalmente los casos en que se observa el *delirio*, á veces furioso, los temblores espasmódicos, los saltos de tendones, etc., fenómenos que anuncian la terminacion fatal: este es el sudor miliar *maligno* ó *fulminante*.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Al hacer la esposicion de los síntomas hemos seguido en lo posible el órden con que se presentan, y resulta de lo dicho que cuando la enfermedad es simple ó contínua puede dividirse en cuatro períodos distintos: 1.° *período prodrómico*; 2.° *período de los sudores*; 3.° *período eruptivo*, y 4.° *período de descamacion*. Hemos dado bastante á conocer que pueden faltar uno ó mas de estos períodos sin que deje de hallarse bien caracterizada la enfermedad, sin embargo es mas que probable que se haya exagerado demasiado este hecho, porque Barthez, Gueneau y Landouzy, que han fijado su atencion en este punto, no han visto un solo caso en que haya faltado la erupcion, aun cuando se les ha dicho que á veces sucedia así. ¿Pero no habria muchos casos en que hubiese pasado desapercibida una erupcion ligera? Son mucho mas raros todavía los ejemplos de haber faltado los sudores, y como además por una parte aparecen antes de la erupcion, y por otra pueden suprimirse cuando se presenta esta, no seria imposible que algunas veces se hubiese creido equivocadamente que no habian existido.

Hasta ahora hemos hablado de la *forma contínua* del sudor

miliar, pero primeramente debemos añadir que hasta en esta misma forma se observan con frecuencia *paroxismos* bastante marcados con un *aumento del sudor* durante su curso, y luego conviene decir dos palabras de la forma remitente.

Forma remitente. Si solo quisiésemos limitarnos á llamar la atencion acerca de la remitencia, bastaria indicar este nombre, pues todos conocen los caracteres de una calentura remitente, y no habria mas que aplicarlos á la que nos ocupa; pero la remitencia del sudor miliar suele manifestarse por signos muy ligeros que pudieran ocultarse al exámen, si no los indicásemos particularmente.

Robert, que ha estudiado perfectamente este punto de la historia del sudor, dice que la calentura miliar remitente es por lo comun esporádica, que suele tener una invasion repentina, que á veces hay un escalofrío periódico ó un enfriamiento parcial, seguido de calor ó de sudor; pero que tambien muchas veces el acceso es irregular y solo está caracterizado por un aumento de la calentura ó simplemente por malestar, un poco de abatimiento, una ligera aceleracion del pulso y hasta la palidez de la erupcion. Robert ha observado que en cierto número de casos la orina es clara al principio del recargo y turbia al fin, y ha hallado tambien que en la forma remitente la erupcion solo es muchas veces parcial.

La *duracion* de la enfermedad varía mucho segun que es ligera, intensa ó maligna. En el primer caso apenas escede de dos septenarios; en el segundo, como la convalecencia es lenta y difícil, no es raro que dure tres semanas, un mes ó mas, y en el tercero sucumbe el enfermo en el primero ó á principios del segundo septenario, y si se salva la duracion es todavía mas larga que en el caso anterior.

La *terminacion* por la muerte ha sido frecuente, pero ha variado en las diversas epidemias. En una la mortalidad ha sido de uno por diez y nueve, en otra de uno por trece, y en algunas todavía mayor. Los saltos de tendones, la desesperacion, el abatimiento y el coma son los síntomas que aparecen en los últimos momentos, y entonces es tambien cuando se ha presentado el flujo disentérico que ha indicado Rayer.

Esto era lo que se habia observado antes de esta última epidemia; pero resulta de las diversas relaciones que de ello han

hecho los autores, que quizá la gran mortandad que se observó en muchas de las anteriores haya dependido del modo vicioso con que se trataba la enfermedad. En efecto, se ha notado que no cubriendo demasiado á los enfermos, al contrario de lo que antes se hacia con objeto de ayudar una traspiracion que ya era demasiado abundante, y empleando solo una medicacion muy sencilla, la mortalidad era muy poca ó ninguna. Sin embargo, no nos apresuraremos á formar juicio, porque quizá lo que se ha atribuido al plan curativo pudiera muy bien depender tan solo de la benignidad de la epidemia y quedar desmentido en otra nueva.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Parrot ha notado que la putrefaccion se apodera muy pronto de los cadáveres de los individuos que mueren del sudor miliar, hecho que ya habia sido indicado por Allioni (1), que se forman grandes equímosis en las partes mas declives, y que la sangre se acumula hácia la cabeza hasta el punto de ponerla tumefacta.

En el estómago y en los intestinos no se han hallado lesiones constantes, y las que mas generalmente se han observado en estos órganos son la rubicundez y algunas placas violadas, ambas á la verdad bien ligeras.

Parròt solo ha encontrado en algunos casos una tumefaccion ligera de los folículos de Peyer y de Brunner; Bourgeois (citado por Barthez, Gueneau y Landouzy) ha visto en un caso una erupcion vesiculosa en el ileon y en los intestinos gruesos, y Robert ha indicado como una lesion frecuente el desarrollo considerable de los folículos de Brunner, sin entrar en mayores detalles.

Las demás lesiones que se han citado son un estado frecuente de congestion del hígado y del bazo, los pulmones ingurgitados de sangre, especialmente hácia las partes declives, y las venas y hasta las arterias llenas de una sangre negra y fluida.

(1) *Tractatus de miliariæ orig.*, etc., 1758.

El primer hecho que merece notarse es que ninguna de estas lesiones ha sido constante, y el segundo, que tampoco hay ninguna que pueda caracterizar una de las demás afecciones febriles que conocemos. Es verdad que en cierto número de casos se hallan vestigios de una angina, de un reumatismo articular, etc.; pero estos casos, que no son los mas frecuentes en las epidemias, deben considerarse como complicados que no destruyen de ningun modo la regla. Esto pues, nos conduce á decir dos palabras de las complicaciones.

§. VI.

COMPLICACIONES.

Los autores han reunido bajo el nombre de *calentura miliar complicada* dos órdenes de hechos muy diferentes. El primero corresponde á afecciones febriles bien conocidas, como la calentura tifoidea, el reumatismo articular y la pulmonía, en el curso de las cuales aparece una erupcion miliar mas ó menos abundante. Estos son los casos que algunos autores han considerado como la regla general, lo cual les ha hecho negar la existencia de una enfermedad especial bien determinada á que pudiera darse el nombre de *fiebre ó sudor miliar*. Pero estos son los hechos que se observan por lo comun en las epidemias, y no tan solo no deben considerarse como calenturas miliares complicadas, sino que solo debe concederse á la erupcion miliar una escasa importancia, y hasta considerarla únicamente como una complicacion en general insignificante.

Por el contrario, en otros casos aparece en el curso del sudor miliar una *angina intensa*, una *bronquitis*, *aftas* ó una *enteritis*, y estas son verdaderamente las que pueden considerarse como complicaciones. No obstante seria útil que se hiciesen algunas investigaciones acerca de este punto que no carecerian de interés. Estas anginas simples ó seudomembranosas, estas bronquitis y enteritis, ¿no serán, mas bien que complicaciones, lesiones secundarias mas ó menos frecuentes y que dependan del sudor miliar? Cuando lleguemos á la descripcion de las demás calenturas tendremos ocasion de indicar lesiones análogas secundarias, cuyo desarrollo está por lo comun en relacion

directa con la intensidad y la duracion de la calentura y que no pueden considerarse como simples complicaciones.

Seria completamente inútil mencionar aqui las lesiones que corresponden á estas complicaciones porque todo el mundo las conoce.

§. VII.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Despues de lo que acabamos de decir acerca de las lesiones anatómicas, ¿deberemos entrar en los detalles del *diagnóstico*, como lo hacer algunos autores y en particular Naumann (1), que trata de distinguir la calentura miliar del reumatismo, del sarampion y de la escarlatina? Claro está que no. Durante la vida los sudores abundantes, la forma de la erupcion y el curso de la enfermedad sirven para distinguirla de todas las que acabamos de enumerar, y despues de la muerte la falta de las lesiones en los folículos de Peyer se une á los signos sintomáticos para alejar toda idea de calentura tifoidea. Nada hay por consiguiente mejor establecido que la existencia de la calentura ó sudor miliar como enfermedad bien determinada y que merece un lugar á parte en el cuadro nosológico.

Pronóstico. El pronóstico del sudor miliar debe formarse con mucha reserva, porque sucede á veces que empezandò la afeccion con las apariencias mas benignas, se agrava de repente y llega á hacerse mortal en pocos dias y hasta en pocas horas. La gran intensidad de la calentura en su principio, la abundancia escesiva de los sudores, la ansiedad suma y el terror de los enfermos, son signos que deben hacer temer una terminacion funesta. Además la afeccion tiene un grado de gravedad muy variable segun las epidemias, aun cuando este grado sea siempre muy elevado. En los siglos pasados se ha visto una epidemia sumamente intensa, sobre todo en Inglaterra.

¿Qué influencia tiene el tratamiento en la mortalidad? Ya hemos tratado de precisarla al hablar de la terminacion, y ahora añadiremos que el doctor Bourgeois nunca ha observado

(1) *Handbuch. der medic. Klin;* Berlin, 1832.

que esta enfermedad ocasionase la muerte, lo cual prueba la gran influencia de un tratamiento sencillo como el que él ha esplicado.

§. VIII.

TRATAMIENTO.

En medio de epidemias ordinariamente mortíferas, los médicos no se han hallado por lo comun en condiciones muy favorables para estudiar bien la influencia del *tratamiento;* al menos solo tenemos acerca de este punto un corto número de datos verdaderamente útiles, lo cual esplicará la poca estension de este párrafo.

Emisiones sanguíneas. Las opiniones se hallan divididas respecto á la utilidad de las emisiones sanguíneas y al grado de esta utilidad. Rayer asegura que la *sangría general* usada con moderacion es útil para calmar el movimiento febril, y que las *sanguijuelas* á los pies alivian la cefalalgia, y puestas en el epigastrio moderan la constriccion epigástrica. Este último resultado ha sido plenamente confirmado por las observaciones de Barthez, Gueneau y Landouzy (1).

Robert afirma que nunca ha sido útil la sangría general, que al contrario casi siempre ha perjudicado, y que solo ha tenido algunas ventajas la aplicacion de un corto número de sanguijuelas al ano ó de algunas *ventosas escarificadas* á la nuca. Bien puede ser que en los puntos en que ha observado este autor haya sucedido asi; pero los hechos que ha recogido no pueden invalidar los que han visto los médicos que acabamos de citar.

Un punto respecto al cual están conformes todos los autores, es que las sangrías demasiado abundantes y muy repetidas producen funestos efectos, pues causan trastornos nerviosos muy intensos, y hacen caer á los enfermos en una postracion de las mas desfavorables. Solo Gastelier ha elogiado los buenos efectos de las emisiones sanguíneas un poco abundantes; pero él mismo conviene en que solo estan indicadas en un corto número de casos.

(1) *Lug. cit.*, p. 675.

Vomitivos y purgantes. Segun Rayer se deben proscribir los vomitivos y los purgantes del tratamiento del sudor miliar; sin embargo, Gastelier preconizaba los buenos efectos del *tártaro estibiado* usado al principio de la enfermedad, y Barthez, Gueneau y Landouzy no han hallado que los purgantes hubiesen producido verdaderos inconvenientes: estos últimos se administran para combatir el estreñimiento. Vemos, pues, que es imposible formar juicio acerca del valor de estos medios, mientras no haya datos mas exactos.

Foucart ha administrado en la última epidemia la *ipecacuana* con buen éxito en casos en que la lengua estaba saburrosa y habia signos de embarazo de las primeras vias.

Antiespasmódicos. Naturalmente se ha debido recurrir á los antiespasmódicos en una afeccion en que se observan fenómenos nerviosos tan intensos. Asi se han usado el *éter*, el *jarabe de éter*, el *almizcle* y el *castoreo*, que parece que en ciertos casos han calmado la constriccion epigástrica, pero no se conoce su grado de eficacia.

Narcóticos. Entre los narcóticos se ha administrado principalmente el *opio*, que se ha reunido á los antiespasmódicos para calmar la constriccion epigástrica, medicacion que ha sido constantemente seguida de buen éxito en la epidemia que han observado Barthez, Gueneau y Landouzy. En los casos de diarrea, son útiles las *lavativas laudanizadas.*

Revulsivos. Generalmente se han aplicado al epigastrio *vejigatorios* y *sinapismos* para hacer cesar el dolor y la constriccion. Robert ha dispuesto fricciones al pecho, al epigastrio, al abdomen y á la parte interna de los muslos con la pomada siguiente:

℞	Manteca........................	6 gram.	(ʒjß)
	Tártaro estibiado...............	4 gram.	(ʒj)
	Aceite de croton tiglio..........	2 gram.	(ʒß)

Mézclese. Se hacen fricciones cada tres horas hasta que las partes se cubran de pústulas.

Seria preciso estar mas seguros de lo que lo estamos de la gran eficacia de este medio para aconsejarle, porque es muy doloroso, sobre todo aplicado en una estension tan considerable, y asi deseariamos que Robert publicase detalladamente los hechos que le han movido á emplear semejante medicacion.

En la última epidemia han bastado los vejigatorios y hasta solo los sinapismos para corregir la sufocacion.

Se ha propuesto administrar los *escitantes difusivos* y los *sudoríficos;* pero como su uso no se apoya en ninguna prueba convincente y es contrario á la opinion de casi todos los autores, no merece detenernos por mas tiempo.

El doctor Parrot ha administrado el *nitrato de potasa á altas dosis* con el objeto de moderar los sudores escitando la secrecion urinaria; pero nada prueba que lo haya conseguido.

En los casos de gran debilidad y cuando la abundancia escesiva de los sudores ha puesto al enfermo en un estado de colapso, se han dado los *tónicos* y en particular la *quina*. Todos los autores están conformes en elogiar los buenos efectos de estos medios en las circunstancias que acabamos de indicar.

Los doctores Schahl y Hessert (1) refieren que en la epidemia del Bajo Rhin, en 1812, han recurrido con buen éxito á las *lociones frias* hechas en la superficie del cuerpo en los casos en que despues de la sangría quedaba la piel seca y urente. Desde entonces no ha vuelto á hacerse uso de este medio.

Sulfato de quinina. Cuando existe la *forma remitente*, ó hay motivo para sospecharla, pues á veces es dificil asegurarse de su existencia, como ya hemos dicho antes de ahora, no debe dudarse en administrar el sulfato de quinina á altas dosis en una pocion ó en píldoras, *á la dosis cuando menos de un gramo por dia* (18 granos). Robert ha conseguido detener la enfermedad administrando esta sal á la dosis de 1 á 2 gramos (18 á 36 granos) en una pocion, y de 2 á 4 gramos (media á una dracma) en una lavativa. Parrot (2) ha citado hechos análogos, pero sin embargo solo ha obtenido este resultado en un corto número de casos de calentura remitente miliar, pues en los demás los accesos se hacian á mas ó menos tiempo menos fuertes y mas cortos, pero no se terminaba la enfermedad repentinamente como en una calentura intermitente *cortada*. El doctor Taufflieb, que ha observado el sudor miliar epidémico en los Vosgos, ha visto aparecer con frecuencia en esta enfermedad *accesos que tenian cierta semejanza con los de la*

(1) *Précis hist. et prat. sur la fièvre miliaire,* etc.; Estrasburgo, 1813.
(2) *Mémoires de l' Acad. de médecine;* Paris, 1843, t. X, p. 563.



calentura intermitente. Los casos en que sucede esto son los mas graves, y aconseja tratarlos por el *sulfato de quinina* á la dosis de 60 centígramos (medio escrúpulo) á 1 gramo (18 granos) (1).

Tratamiento higiénico ó precauciones generales.

Vemos pues, que esceptuando este último medio, que solo es aplicable á cierto número de casos, las diversas medicaciones que se han empleado contra el sudor miliar solo tienen una eficacia limitada, y únicamente se dirigen á combatir los síntomas aislados; por esto todos los médicos han recomendado mucho los cuidados higiénicos con los enfermos concediéndoles una gran importancia, lo mismo que en otras enfermedades de que hablaremos mas adelante, y contra las cuales ejercen poca accion los agentes terapéuticos.

Antiguamente se creia que era preciso provocar los sudores favoreciendo de este modo el esfuerzo aparente de la naturaleza. Para esto se daban al enfermo bebidas sudoríficas calientes y en grande abundancia, se le mantenia cubierto con muchas mantas y se ponia la habitacion á una temperatura muy elevada; pero de las observaciones hechas en las últimas epidemias y en algunas de los siglos pasados resulta que esta práctica es funesta, porque ya de por sí el sudor es demasiado abundante y debe por el contrario tratarse de moderarle, aunque evitando no obstante una supresion repentina. Asi pues, siempre que sea posible se colocará al enfermo en una habitacion grande, fácil de ventilar y sostenida á una temperatura moderada, mas bien fresca que caliente. Se mudarán con frecuencia las ropas á los enfermos, procurando que haya siempre la mayor limpieza en cuanto les rodea, y administrándoles bebidas frescas y aciduladas en vez de escitantes y calientes. Se procurará por todos los medios posibles inspirar confianza al enfermo y disiparle las ideas de terror que con tanta frecuencia suelen acometerle, y se evitará además con el mayor cuidado todo enfriamiento repentino. Estos medios bien sencillos tienen una influencia innegable en la terminacion favorable de la enfermedad, puesto que los autores han notado que es considerable el nú-

(1) *Bull. gén. de thérap.*, mayo de 1849.

mero de enfermos que mueren de aquellos en que no se han usado estas precauciones higiénicas.

Resúmen. Se puede decir en general que el tratamiento del sudor miliar se compone por una parte de los medios que tienen por objeto combatir cada síntoma aisladamente, y por otra de los cuidados higiénicos que se dispensan á los enfermos. Asi se combate la cefalalgia por medio de las emisiones sanguíneas locales ó generales, la epigastralgia con las sanguijuelas, los antiespasmódicos y el opio, el estreñimiento á beneficio de ligeros laxantes y lavativas emolientes, el delirio y la agitacion por los calmantes y los antiespasmódicos, y el calor seco y acre de la piel que se observa en algunos casos por medio de las lociones frias. Solo la forma remitente ha sido tratada por un medicamento dirigido contra la misma enfermedad: el sulfato de quinina.

Resulta pues de todo, esto que para seguir el plan curativo mas generalmente recomendado y que debe considerarse como el mas útil hasta que lleguen á hallarse medios que obren mas directamente sobre esta afeccion, basta asociar estos medicamentos parciales, si podemos espresarnos asi, á las precauciones higiénicas de que conviene rodear á los enfermos y que hemos indicado antes de ahora. No debe tampoco olvidarse que los hechos observados en la última epidemia han probado que una medicacion sencilla, que consiste principalmente en el uso de *bebidas diluentes* y *refrigerantes*, mucha limpieza y tener cuidado de no cargar de ropa á los enfermos, sino al contrario irlos aligerando de ella con prudencia, han producido los mas felices resultados: asi resulta de los hechos que ha observado el doctor Bourgeois.

ARTICULO II.

VIRUELAS.

Aun cuando evidentemente las viruelas ofrecen caracteres anatómicos muy distintos de los del sarampion y de la escarlatina, no se puede desconocer que háy una grande analogía entre estas tres afecciones, hasta el punto de que puede seguirse en

su descripcion exactamente el mismo curso y admitirse iguales divisiones.

En la actualidad se conviene generalmente en no hacer remontar nuestras primeras nociones acerca de las viruelas á mas allá del siglo VI, y atribuir su primera historia á los médicos árabes, é indicar á Rhazes como el primero que dió á conocer bien la enfermedad y que propuso un buen tratamiento de ella. Se han querido hallar indicaciones de esta afeccion en los escritos de los antiguos; pero los pasajes que se citan en apoyo de esta opinion son tan vagos, que esto solo basta para desecharla. En efecto, ¿cómo suponer que una enfermedad cuyos síntomas son tan fáciles de apreciar de un modo exacto, no haya sido descrita de una manera satisfactoria? Respecto á las aserciones de algunos autores que aseguran que las viruelas eran conocidas en la China y en la India mucho tiempo antes de la Era cristiana, nada hay que pruebe su exactitud.

Es tan considerable el número de los autores que han escrito acerca de las viruelas, que una sola enumeracion ocuparia muchas páginas, y asi la que aqui pudiéramos hacer seria tan incompleta, que nos parece mas oportuno omitirla, reservándonos indicar los mejores trabajos en el curso de este artículo.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La *viruela* es una afeccion febril, aguda y contagiosa, en la cual se desarrollan en la superficie del cuerpo un número mayor ó menor de pústulas, y que en los casos mas simples sigue un curso previsto ya de antemano.

Esta enfermedad ha sido descrita por Rhazes con el nombre de *euphlogia*, y ha recibido tambien las denominaciones de *febris variolosa*, *small-pox* (por los ingleses), *Pocken* (por los alemanes), *petite verole* y *picote* (por los franceses), etc.

Antes del descubrimiento de la vacuna habia pocos individuos que dejasen de padecer las viruelas; pero desde entonces esta afeccion, aunque mucho menos frecuente, no deja de observarse con mucha frecuencia, lo cual depende de varias causas que indicaremos en el artículo destinado á la *vacuna*.

§. II.

CAUSAS.

Como esta enfermedad resulta del contagio, tendremos pocas consideraciones que esponer acerca de su etiologia.

1.º Causas predisponentes.

Edad. Es raro que aparezcan las viruelas en el primer año, y lo es tanto mas cuanto mas próxima se halla la época del nacimiento; sin embargo, pueden afectar á los recien nacidos y hasta se las ha observado *congénitas*. El doctor Lebert ha presentado á la Sociedad de biologia un feto de unos cuatro meses cubierto de pústulas variolosas: la madre habia abortado en la convalecencia de unas viruelas poco graves. Pasado el primer año ya son mas frecuentes; pero segun las investigaciones de Rilliet y Barthez (1), cuando mas comunmente aparecen es despues de los seis años. En lo general se puede decir que las viruelas son una enfermedad de la infancia, pasada cuya época es tanto mas raro observarla cuanta mayor es la edad del sugeto; pero de la cual no se halla completamente exenta ni la vejez mas avanzada. No hay duda de que la introduccion de la vacuna ha hecho grandes modificaciones en la época de la aparicion de las viruelas; pero esta es una cuestion que corresponde á la historia de la vacunacion y á la virtud preservativa de la vacuna, de la cual hablaremos en otro artículo (véase el artículo *Vacuna*).

Las viruelas no perdonan ninguna raza humana, y parece que estan igualmente predispuestos los dos *sexos* á padecerlas; pero respecto á este punto, asi como á la influencia del *temperamento*, de la *higiene*, etc., carecemos de datos exactos.

Segun Serres, una de las condiciones mas favorables para el desarrollo de las viruelas, es la *sequedad*, el *calor* y la *luz*, y de aqui la mayor frecuencia é intensidad de la afeccion en los *climas cálidos* y *secos* que en los *frios* y *húmedos*. Por lo general no se consideran estas aserciones como perfectamente de-

(1) *Traité des maladies des enfans.*

mostradas, á pesar de que Serres ha reunido para apoyarlas todas las pruebas posibles. Mas adelante veremos qué consecuencias se han deducido de estas ideas para el tratamiento.

2.° Causas ocasionales.

La causa ocasional capital es el *contagio;* sin embargo, vemos todos los dias desarrollarse viruelas espontáneamente y sin mas causa apreciable que esa disposicion con que casi todos nacen á contraer esta enfermedad. Hemos dicho casi todos, porque hay cierto número de individuos que son completamente *refractarios*, hecho que lo mismo se ha observado antes del descubrimiento de la vacuna que despues de esta época.

Se admite generalmente el contagio por el aire, por el contacto inmediato y por los vestidos; pero ¿cuáles son las condiciones mas favorables para esta trasmision? ¿En qué época de la enfermedad es esta mas fácil? ¿Cuál es la esfera de accion del contagio? Hé aquí otras tantas cuestiones respecto á las cuales no hay completa conformidad. Lo que se admite mas generalmente es que la época en que se desarrolla el principio contagioso es al empezar la supuracion, que continúa la existencia de este principio despues de la desecacion, y que el depósito de la materia purulenta y de las costras en la piel y en las mucosas facilita mucho la trasmision de este principio. En cuanto á la introduccion de estas materias debajo de la epidermis, es una de las causas mas infalibles, puesto que en ella se funda la *inoculacion.*

Se ha notado que muchos sugetos padecen las viruelas poco tiempo despues de haberse *vacunado;* pero esto se ha observado en individuos colocados en un foco de infeccion. ¿Habrá algo mas en esto que simples coincidencias? Seria preciso para asegurarse bien de lo contrario una esperimentacion mas rigurosa que la que hasta ahora se ha hecho.

La viruela es una de las afecciones que con mas frecuencia aparecen bajo la forma *epidémica;* pero la causa de estas epidemias se nos oculta completamente. Solo se ha notado que suelen presentarse en la primavera, aunque no es raro que se observen en otras estaciones.

§. III.

SÍNTOMAS.

Para hacer con método la descripcion de las viruelas es necesario que dividamos esta enfermedad en regular é irregular, maligna, complicada, etc., como lo hemos hecho con la escarlatina.

1.° *Viruela regular.* En las viruelas hay que considerar la *incubacion*, la *invasion*, la *erupcion*, que algunos médicos han dividido en *erupcion propiamente dicha* y en *supuracion*, y por último la *desecacion*.

Incubacion. Su duracion ofrece algun interés. Puede fijarse, dicen Guersant y Blache, en nueve dias, peró distan mucho de estar acordes los autores acerca de este punto. Asi otros la creen de unos diez á doce dias, aun cuando todos convienen en que varía entre límites bastante estensos. Segun J. Frank, puede el virus producir su efecto instantáneamente, y por el contrario no son raros los hechos en que la incubacion ha durado de veinte á veinticinco dias, y segun Rilliet y Barthez el período de incubacion es por lo menos de tres á cuatro dias, y cuando mas de cuarenta y seis. Son pues necesarias aun nuevas investigaciones acerca de este punto difícil de aclarar.

Invasion. El primer síntoma que aparece es un *escalofrío* mas ó menos repetido; sin embargo, á veces solo hay una sensibilidad mayor ó menor al frio, y en algunas viruelas muy benignas falta el escalofrío.

Por el contrario, en ciertos casos se declara muy pronto un *calor* por lo comun bastante intenso, con propension al *sudor* y con sequedad en la piel. En los primeros momentos puede alternar con los escalofríos, pero al cabo de poco tiempo se hace contínuo.

Como síntomas de las *vias digestivas* se observa pronto una capa blanquecina de la *lengua*, sed, anorexia, y en algunos casos *náuseas* y *vómitos*. Se ha exagerado mucho la frecuencia de estos últimos síntomas, pero Louis ha hallado (1) que entre doce

(1) *Rech. sur la fièvre tiphoïde*, 2.ª edic., Paris, 1841, t. I.

enfermos de viruelas, solo han aparecido los vómitos en cuatro, y de estos en dos en una época bastante distante de la invasion. Estos individuos y otros dos que no tuvieron vómitos habian tenido *dolores epigástricos.*

El *estreñimiento* es casi constante en este período, y los casos en que hay diarrea son verdaderas escepciones.

Por lo comun se observa desde el primer dia, y coexiste con el calor una *cefalalgia* ordinariamente intensa y que ocupa principalmente la frente, y continúa durante casi todo este período.

Se nota tambien en un gran número de enfermos, pero no en todos, un *dolor lumbar* á veces muy incómodo, del cual suelen quejarse los sugetos sin que se les pregunte, y cuya existencia merece averiguarse en los casos difíciles.

Rilliet y Barthez (1) han observado en un número bastante considerable de individuos la existencia de un *dolor abdominal* que reside principalmente en el epigastrio ó en el ombligo, y que se presenta á veces bajo la forna de dolores cólicos sin deposiciones. Estos dolores no suelen coincidir con el lumbar.

Casi siempre hay pérdida de *fuerzas* desde el principio ó no tarda en presentarse; los enfermos esperimentan laxitudes espontáneas, quebrantamiento de huesos y dolores contusivos en los miembros.

Se ha observado tambien en cierto número de casos un dolor mas ó menos intenso en la faringe y en la laringe, dolor que no debe confundirse con aquel de que hablaremos mas adelante, y *dolores vagos en el pecho.*

Casi siempre hay *agitacion*, *insomnio*, á veces *delirio*, y otras al contrario, postracion, atontamiento y *soñolencia*, y es bastante comun que alternen estos síntomas.

En algunos casos se han observado tambien *estornudos*, *lagrimeo*, y en una palabra, los síntomas de una coriza medianamente intensa, ó bien *disnea* y usa sensacion de opresion. Un corto número de enfermos ha padecido *convulsiones*, unas veces limitadas á la cara y otras generales, lo cual es mucho mas raro, pues Rilliet y Barthez nunca las han observado.

Erupcion. Lo mismo que hemos hecho en el sarampion y en

(1) *Lug. cit.*, t. I, p. 440.

la escarlatina, tomamos de Guersant y Blache la descripcion de la erupcion, porque sería dificil sustituirla con otra mas clara y mas exacta. «Por lo comun empieza, dicen estos autores, del segundo al tercer dia de la invasion, bajo la forma de *manchitas* ó *puntitos* rojos que luego presentan una ligera convexidad.

»*Orden de su aparicion.* Primero aparecen en la barba y al rededor de los labios, luego en la frente y en los carrillos, de donde se estienden al cuello, al tronco y á las estremidades inferiores. A veces las partes genitales son las primeras en que se desarrollan las pústulas (especialmente en los niños muy pequeños), y otras veces se observan sus primeros vestigios en la parte inferior de la region renal y en las nalgas; muchas veces cuando hay vejigatorio ó algunas úlceras en la piel, se presenta primero la erupcion á su rededor.

»Estas manchitas, por lo comun muy numerosas en la cara y discretas en el abdomen, se van elevando poco á poco del nivel de la piel, y desde el dia siguiente ó á los dos dias se percibe en el vértice de cada una de ellas un punto trasparente que se trasforma en una *vesícula superficial y plana*, en la que se acumula un *líquido primero seroso* y sin color, y despues *turbio* y de color blanco amarillento.

»Entonces se observan simultáneamente *pústulas* desarrolladas en las *membranas mucosas* de la boca, de la faringe, de la laringe, de los párpados, del ojo y hasta del prepucio ó de la vulva. Estas pústulas se presentan bajo la forma de manchitas blanquecinas y circulares, por lo comun con una depresion pequeña en el centro, que sin embargo no siempre existe; las de la conjuntiva son mucho menos prominentes que las demás. La presencia de las pústulas en la faringe ocasiona dolores que en los casos graves son ordinariamente intensos y persistentes.

»Las *pústulas de la piel* continúan desarrollándose durante tres ó cuatro dias, se redondean, se ponen duras al tacto, y presentan en su centro una *depresion umbilical* mucho mas manifiesta que las de las pústulas de la vacuna, y lo mismo que estas últimas estan rodeadas de un *círculo rojizo* bastante estenso. Del cuarto al sétimo dia toman las pústulas una figura semiesférica, el pus que contienen se hace mas consistente y se marca mas la areola inflamatoria que las rodea. Al mismo tiempo el

tejido celular subcutáneo se pone tumefacto, tumefaccion que ocupa primero la cara, y es especialmente muy marcada en los párpados y en los lábios. Al octavo dia ya ha adquirido ordinariamente la erupcion su mayor grado de intensidad, y entonces se manifiesta la tumefaccion en las manos y en las partes genitales.

»Los *fénómenos febriles* que han precedido á la erupcion de las viruelas *cesan* por lo comun ó á lo menos *disminuyen* luego que se ha completado; pero en general vuelven á aparecer del octavo al décimo dia, en cuya época ó un poco antes se observa la calentura secundaria llamada *fiebre de supuracion*. Por lo comun aparece del sétimo al octavo dia una *salivacion* que depende de la cantidad de pústulas desarrolladas en la boca, y que otras veces se ha supuesto que existia sin esta circunstancia. Este aparato de síntomas remite por grados al cabo de algunos dias, y durante la calentura secundaria es cuando aparecen la *diarrea*, la *tos*, el *delirio* y las *complicaciones* graves de las viruelas.

»La *temperatura animal* sigue las alternativas del estado febril, por lo comun es elevada, y en ciertos casos en que el exantema es confluente llega á marcar el termómetro 40 ó 41 grados centígrados; pero por término medio 39°,06 en los adultos (Andral) y 38°,75 en los niños (1), presentando su máximum en el principio de la enfermedad, y bajando luego momentáneamente para volver á subir del quinto al noveno dia de la erupcion.»

Desecacion. La desecacion empieza del noveno al décimo dia, y se efectúa siguiendo el órden de aparicion de las pústulas, es decir, que empieza por la cara. Cuando las pústulas estan bien aisladas no dejan salir el líquido que contienen, y este se seca por lo comun empezando por el centro, de modo que aparece un *punto negro* en la depresion central, y en seguida va invadiendo esta coloracion las demás partes de la pústula, que luego se pone dura y quebradiza, ó en otros términos, se cubre de una *costra negra*. A veces se forma esta costra al mismo tiempo sobre todas las partes de la pústula.

El mismo modo de desecacion se observa en cierto número

(1) Véase H. Roger, *Arch. gén. de méd.*, 1844, t. VI, p. 139.

de pústulas confluentes; pero si estas son voluminosas y estan agrupadas muchas en un espacio muy pequeño, es tan abundante el líquido, que antes de secarse las pústulas se abren y dejan salir la materia purulenta, que se estiende por las partes inmediatas formando costras primero amarillentas y despues negruzcas, de una estension mas ó menos considerable. En estos puntos la menor presion hecha por las ropas de la cama, el mas pequeño roce desprende la epidermis y deja al descubierto la base de las pústulas bañada por el líquido purulento. Las pústulas aisladas, cuando son muy voluminosas, pueden romperse del mismo modo y dejar salir el líquido; pero esto es mucho mas raro, y asi cuando se hallan rotas, y especialmente si es en un niño, se debe suponer que este lo ha hecho con las uñas.

En el tronco y en las estremidades se secan las pústulas del mismo modo que en la cara, pero algunos dias mas tarde.

Precede á la desecacion la desaparicion de la tumefaccion de la piel, y el paso del color de las areolas del rojo mas ó menos subido al rojo oscuro y violado.

Se ha notado que las pústulas marchan con mucha mas rapidez en los puntos en que ha habido anteriormente una inflamacion de la piel, y ya veremos mas adelante qué partido se ha querido sacar de este hecho para la terapéutica.

Las pústulas de las membranas mucosas desaparecen casi constantemente por resolucion.

Cicatrizacion. En los casos en que las viruelas han sido benignas y discretas, no hay propiamente hablando cicatrizacion, sino que se desprende la costra y queda una mancha de color rojo oscuro que persiste por mucho tiempo, recobrando en seguida la piel su aspecto normal. Solo se observa á veces en estos casos una especie de descamacion furfurácea que se verifica sobre estas manchas.

Pero cuando el dermis ha sido atacado profundamente, queda al mismo tiempo que la mancha oscura una cavidad mas ó menos profunda, que no desaparece al mismo tiempo que la coloracion morbosa, que toma un color blanco mate como un tejido de cicatriz, y que deja una señal indeleble.

En los casos en que las viruelas han sido confluentes, si las pústulas y la supuracion han atacado profundamente el der-

mis, que es lo que sucede mas comunmente, resultan cicatrices irregulares, blancas y con puntitos negros, quedan costurones en la piel, y esto da orígen á una alteracion mas ó menos considerable de las facciones.

2.° *Viruela irregular.* Se pueden colocar desde luego entre las viruelas irregulares la *varioloides* y la *varicela*; pero nos reservamos decir dos palabras respecto á cada una de estas variedades en particular.

Es mas raro que falte el primer período de las viruelas que el del sarampion y de la escarlatina; sin embargo se han citado algunos hechos de este género, á los cuales se ha dado el nombre de *viruela anómala*, asi como á los casos en que, segun algunos autores, se han observado todos los síntomas de las viruelas sin que hayan aparecido las pústulas. Estos últimos se han designado tambien con la denominacion de *variola sine variolis;* pero á pesar de la autoridad de Borsieri, es lícito conservar dudas acerca de la existencia de esta variedad. En efecto, el diagnóstico del período de invasion de las viruelas no es bastante seguro para que no se deban admitir muchos motivos de error en casos que indicó este autor, y algunos otros que le han precedido.

3.° *Viruela complicada.* Son muchas las complicaciones de las viruelas; pero entre ellas se han colocado accidentes que no son mas que síntomas de las viruelas mismas en un grado mucho mas intenso que de ordinario. De este número son la *oftalmía*, que pueden causar la pérdida de los ojos, y la *laringitis* intensa, afecciones ambas ocasionadas por un desarrollo considerable de pústulas en las mucosas del ojo y de la laringe. Lo mismo decimos del *tialismo* que depende de la misma causa, y de una *otitis* intensa que á veces produce dolores violentos, la supuracion y la sordera.

La *gastritis* y la *enteritis* que se observan en una época mas ó menos avanzada de la enfermedad, son lesiones secundarias semejantes á las que sobrevienen en el curso de la calentura tifoidea y de las demás afecciones febriles graves.

Respecto á las *vias respiratorias*, aparecen bronquitis y pulmonías, pero con mucha menos frecuencia que en el sarampion.

En cuanto á la *retencion de orina* y á la *incontinencia*, son síntomas que se desarrollan bajo la influencia del delirio.

Se pueden agregar á la erupcion variolosa algunas *afecciones cutáneas*, como la *erisipela*, el *sarampion*, la *escarlatina*, la *miliar* y el *ectima*; pero son raros los casos de este género.

Es bastante comun que despues de la calentura de supuracion, se formen *abscesos subcutáneos* en diversas partes del cuerpo, y á veces la presencia de estos abscesos hace larga y difícil la convalecencia.

Un resultado mucho mas grave de las viruelas es la *reabsorcion purulenta* de que se han referido un cierto número de ejemplos en estos últimos años (1); pero seria inútil indicar aquí los síntomas de este estado morboso, que es menos una complicacion que una consecuencia grave de la enfermedad, pues ya los hemos descrito en otra parte (véase el art. *Flebitis*).

Son tambien una consecuencia de la enfermedad las *gangrenas* de los tegumentos que aparecen en las partes que soportan el peso del cuerpo y á veces en otros puntos, por ejemplo, en la cara.

4.° *Viruela maligna.* Tambien deberiamos hacer aqui las reflexiones que hemos presentado al hablar de la escarlatina y del sarampion maligno. La única causa de esta forma de la enfermedad es un esceso de intensidad en algunos de los síntomas principales. Si esta intensidad recae sobre los síntomas nerviosos, es la forma *atáxica;* si las fuerzas están muy abatidas y la reaccion febril es poco considerable, es la forma *adinámica*, etc.

5.° *Viruela hemorrágica.* Se han dado los nombres de *viruela negra*, *petequial* y *escorbútica* á esta forma muy grave de las viruelas que corresponde exactamente al sarampion y á la escarlatina hemorrágicas. Los caracteres de esta especie son una acumulacion de sangre en las pústulas mezclada ó no con serosidad, y la aparicion de las petequias, equímosis y hemorragias por diversas mucosas, coincidiendo con estos síntomas fenómenos generales muy intensos.

No nos estendemos mas en esta descripcion, porque los diversos estados morbosos que acabamos de mencionar deben ser perfectamente conocidos del lector, en razon á que los hemos espuesto ya varias veces detalladamente.

(1) Véase Castelnau y Ducrest, *Mémoires sur les abcès multiples* (*Mém. de l'Acad. de méd.*; Paris, 1846, t. XII).

6.° *Modificaciones de la erupcion.* Se han referido muchas modificaciones de la erupcion, cuyas principales son las siguientes. A veces solo contienen las pústulas un líquido seroso hasta el fin, y esta es la *viruela cristalina;* otras veces se hallan estas pústulas en parte vacías, que es la *viruela enfisematosa*, ó bien no contienen líquido y son resistentes al tacto (*viruela verrugosa*), ó tienen la figura de tubérculos cutáneos *(viruela tuberculosa).* No hay bastante seguridad en que el diagnóstico de estas variedades, que por otra parte solo tienen una escasa importancia, haya sido siempre exacto.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Al describir los síntomas hemos dado bastante á conocer el curso tan notable de la *viruela regular.* En cuanto á las formas maligna y complicada, unas veces la afeccion eruptiva sigue su curso como en los casos mas simples, y otras hay irregularidades, principalmente en el período de erupcion. Esta es mas fácil ó mas difícil, mas lenta ó mas rápida, sin que sea posible dar ninguna regla acerca de este punto.

Willan, Rayer, Legendre, Cleraut (1), A. Tardieu, Odier, Herpin y mas recientemente Herard (2), han citado casos que demuestran que el curso de la viruela se modifica de un modo favorable por la vacuna concomitante.

La *duracion total* de la enfermedad es de quince á veinte dias y á veces mas. Cuanto mas confluente y grave es la viruela, mas se prolonga su duracion, y respecto á la de cada período en particular ya la hemos indicado antes de ahora.

La *terminacion* es tan diferente segun las especies, que no es posible decir nada en general. La viruela regular puede ser *discreta* ó *confluente:* en el primer caso nunca ocasiona la muerte, á no ser que aparezcan complicaciones. Se observa cierto número de *viruelas confluentes benignas*, en cuyo caso la abundancia de la erupcion parece anunciar una enferme-

(1) *Du développement simultané de la variole et de la vaccine*, etc.; Tésis, Paris, 1845.

(2) *Union médicale*, setiembre de 1848 y abril de 1849.

dad muy grave; pero la calentura permanece moderada, no hay síntomas cerebrales ni gástricos graves, y la afeccion termina por una curacion rápida en el momento en que llega el período de desecacion. Ya hemos dicho que en estos casos las pústulas eran casi constantemente superficiales y no dejaban señales; pero lo mas comun es que, por el contrario, las viruelas confluentes terminen por la muerte, cualquiera que sea la regularidad que hayan seguido en su curso.

Las *viruelas* que se han llamado *malignas*, y sobre todo la *viruela hemorrágica*, tienen con frecuencia una terminacion funesta. En cuanto á las viruelas *complicadas*, todo depende de la complicacion.

Por lo demás, en igualdad de circunstancias es mucho mas frecuente la terminacion funesta durante las *epidemias*, que en los sugetos que padecen la enfermedad esporádicamente. Casi siempre ocurre la muerte en el curso del período de supuracion: los síntomas se van haciendo de cada vez mas graves, hay delirio y coma, el pulso es pequeño y debil, y su frecuencia aumenta sin cesar; luego sobrevienen saltos de tendones, carfologia, á veces deposiciones involuntarias, retencion de orina, y los enfermos sucumben despues de una agonía mas ó menos larga,

En cierto número de casos ya ha cedido mucho la lesion cutánea y hasta ha empezado la desecacion cuando aparecen los anteriores síntomas, á los que sigue la muerte al cabo de mas ó menos tiempo. Si los síntomas generales estuviesen subordinados á los locales, como lo han asegurado algunos autores, deberian calmarse tambien aquellos; pero no sucede asi.

Se ha visto en bastantes casos que se reproducen las viruelas en sugetos que ya las habian padecido y que hasta conservaban las marcas de ellas; pero esta no es una razon para dejar de colocar á esta enfermedad en el número de las que solo se presentan una vez en la vida, porque en efecto esta es una regla bien conocida de todo el mundo.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Se han estudiado con la mayor detencion las lesiones anatómicas de las viruelas, que ofrecen un gran interés; pero como no prestan grandes luces para la práctica, nos limitaremos á esponerlas rápidamente.

Resulta de las investigaciones importantes de Cotugno, Rayer, Petzhold, Rilliet y Barthez y de otros muchos autores, que la pústula solo consiste al principio en una vesícula no umbilicada, que entonces solo la epidermis está opaca y agrisada al paso que el líquido se halla todavía trasparente, y que la umbilicacion depende de que el centro de la pústula se halla adherido al dermis por un filamento que, segun Cotugno, es el conducto de una glándula sebácea; que mas tarde se deposita en el dermis y en el centro de la pústula un producto seudomembranoso bajo la forma de puntos aislados que indican Rilliet y Barthez, y que en una época mas avanzada resulta de la reunion de estos puntos un disco seudomembranoso de 1 á 2 milímetros (media á una línea) de grueso, que tiene la figura de un cono truncado, y que Rayer ha descrito perfectamente; que en ciertos casos y á ciertas épocas de la enfermedad se halla una eminencia del cuerpo papilar del dermis, y en otros casos depresiones y erosiones, lo cual esplica muy bien la existencia ó la falta de cicatrices, y que segun Gendrin, hay en el dermis una especie de tubérculo multilocular, cuyas areolas estan llenas de un líquido diáfano y viscoso (1). Gendrin es el único autor que menciona esta lesion.

Las mucosas de las paredes de la boca, del velo del paladar, de la lengua, de las fosas nasales, de las conjuntivas y de la laringe no presentan por lo comun ningun vestigio de pústulas despues de la muerte, en razon á que no ha habido ulceracion despues del desprendimiento del epitelio. En el caso contrario, ó bien cuando todavía no se ha desprendido este epitelio, se encuentran erosiones ó manchas blan-

(1) *Journ. de méd.*, t. XCVIII.

quecinas formadas por el líquido purulento acumulado debajo de la epidermis. A veces se hallan supuraciones mas estensas que han penetrado en los tejidos subyacentes.

Gosselin ha encontrado focos purulentos pequeños en la glándula seminal de muchos individuos muertos de las viruelas, que constituyen la *orquitis variolosa* (1).

La *sangre* en las viruelas presenta á veces costra, aunque en general poco consistente. En los casos en que hay síntomas de adinamia se halla la sangre por lo comun negra y líquida. Andral y Gavarret han observado á veces un ligero aumento de fibrina despues de la primera sangría; pero este aumento es muy corto, y en los casos en que la sangre permanece líquida ha disminuido por el contrario la fibrina. En cuanto á los glóbulos, habia permanecido su proporcion normal en los casos analizados por estos autores, escepto en uno en que la viruela habia sido hemorrágica.

Seria inútil indicar las lesiones que resultan de las complicaciones.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El *diagnóstico* de las viruelas en su primer período es siempre muy difícil, y hasta se puede decir que se puede sospechar la aparicion próxima de la erupcion por los síntomas de este período, pero no asegurarse con certidumbre. Los signos en que puede fundarse la probabilidad de esta aparicion son la cefalalgia, los dolores lumbares y la calentura intensa, á cuyos signos deben añadirse como conmemorativos útiles la edad del sugeto y la falta de señales de haber sido vacunado; pero ya se concibe cuán vagos son estos signos, y cuántas afecciones febriles pueden presentarlos en un grado mas ó menos intenso.

Las enfermedades que tienen síntomas mas semejantes á los de las viruelas son la *escarlatina* y el *sarampion*. Se las distinguirá de la primera de estas dos afecciones por la existencia de los dolores lumbares y la falta de la faringitis, pues

(1) *Bull. gén. de thér.*, marzo de 1849.

todos saben que en la escarlatina no hay lumbago y que la faringe se afecta inmediatamente.

Los signos diferenciales del sarampion son: la coriza, la rubicundez de los ojos, el lagrimeo y la falta de los dolores lumbares.

En todas estas afecciones eruptivas deben examinarse en sus principios la boca y la faringe, pues en ellas se hallan alteraciones características antes que haya empezado la erupcion de la piel.

Un exámen detenido hará que se conozcan siempre las viruelas cuando ya ha empezado la erupcion, porque si hay algunos casos que son oscuros el primero y sobre todo el segundo dia, estos casos son raros y escepcionales, y la duda es de corta duracion.

Pronóstico. No es posible formar el pronóstico sin atender á un gran número de circunstancias. La edad es una de las principales: las viruelas son muy graves en los recien nacidos á causa sin duda de su estado de debilidad, y despues del primer año y especialmente del segundo, esta afeccion es mucho menos peligrosa en los niños que en una edad avanzada. Todos los autores estan conformes en considerarla como sumamente grave en la vejez.

No son suficientes los datos que poseemos para poder decir si las viruelas ofrecen mas peligro en un sexo que en otro. En las preñadas son de mucha gravedad, porque ocasionan con mucha frecuencia el aborto y comprometen la vida de la muger.

Cuanto mas intensa es la calentura, mas graves son las viruelas, y en esto consiste el peligro de las malignas.

Las complicaciones siempre son muy graves; pero en ningun caso se debe formar peor pronóstico que cuando aparecen las viruelas con el carácter hemorrágico.

Se han citado casos en que las viruelas han hecho cesar otras enfermedades y principalmente las neurosis, como la *corea*, el *hipo nervioso*, etc.; pero estos casos deben considerarse como escepcionales.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Aun cuando las viruelas se parecen mucho en un gran número de puntos al sarampion y á la escarlatina, su tratamiento ofrece mucho mayor interés, de lo cual hallamos la razon en la importancia de la erupcion y en las deformidades que puede dejar y que interesa prevenir. Asi pues, examinaremos sucesivamente el *tratamiento abortivo*, que tiene por objeto impedir que las pústulas adquieran su completo desarrollo, el *tratamiento de la viruela simple* y *regular*, el *de la irregular*, *complicada* y *maligna*, y por último, el *tratamiento preservativo.*

1.° *Tratamiento abortivo. Cauterizacion.* Bretonneau ha sido el primero que ha usado la cauterizacion de las pústulas con el objeto de hacerlas abortar. Segun Velpeau (1), este profesor *cauteriza el vértice de las pústulas con una aguja de oro ó de plata cargada con una solucion de nitrato de plata*, y Velpeau, que ha empleado repetidas veces este procedimiento, prefiere *abrir primero las pústulas y cauterizarlas en seguida con el lapiz de nitrato de plata.*

Los resultados de este tratamiento han sido los siguientes: si se hace la cauterizacion del dia primero al tercero de la erupcion se destruye la pústula; pero mas tarde continúa desarrollándose, nunca llega á su completo desarrollo y desaparece mas pronto. Las pústulas cauterizadas no dejan señales. La accion de este tratamiento sobre el curso y la terminacion de la enfermedad es menos evidente, y le ha parecido al autor que ejercia una influencia favorable.

Serres (2) ha propuesto cauterizar las pústulas pasando por encima de ellas un pincel de hilas empapado en la solucion siguiente:

℞ Nitrato de plata....... 1 á 2 gram. (18 g̃ á ʒß)
Agua destilada........ 30 gram. (℥j)

Disuélvase. Se debe repetir esta operacion diariamente ó cada dos dias.

(1) *Note sur l' emploi des caustiques*, etc. (*Arch. de méd.*, t. VIII, 1825).
(2) *Méthode ectrótique*, etc. (*Arch. de méd.*, t. VIII, 1825).

Las pústulas de los bordes libres de los párpados y de la córnea deben tocarse con el lapiz del nitrato de plata sin abrirlas de antemano.

En general se ha abandonado la cauterizacion de las pústulas, y sobre todo el procedimiento recomendado por Serres, y hasta este mismo autor ha renunciado á él completamente para recurrir al emplasto mercurial de que vamos á hablar inmediatamente. Sin embargo, la cauterizacion puede ser útil para atacar á las pústulas, que como las de los bordes libres de los párpados, no pueden ser destruidas con las preparaciones mercuriales.

Tópicos mercuriales. Ya Zimmermann (1) habia dado á conocer la propiedad que tiene el *emplasto de Vigo con mercurio* de detener el desarrollo de las pústulas variolosas, y Van Voensel, á quien cita el doctor Briquet, habia demostrado este efecto notable; pero estos hechos se hallaban enteramente olvidados cuando Serres emprendió sus esperimentos en el hospital de la Piedad.

El tratamiento es muy sencillo, y consiste en cortar el emplasto mercurial de modo que se aplique exactamente á la piel cubierta de pústulas, debiendo ponerle en cuanto se conozca que la enfermedad es una viruela, pues es tanto mas eficaz su aplicacion cuanto mas al principio se hace. Las pústulas que especialmente conviene hacer abortar son las de la cara, y asi es preciso cubrirla exactamente con una mascarilla que solo deje descubiertos los ojos, las narices y la boca.

Gariel (2), que ha hecho una esposicion exacta de los esperimentos de Serres, ha visto que el emplasto de Vigo hace abortar las pústulas, que aun cuando estas estan llenas de pus, este se reabsorbe y no se rompe la epidermis, y finalmente, que esta reabsorcion lejos de hacer la enfermedad mas grave, la hace por el contrario menos peligrosa.

Briquet (3), que se ha ocupado mucho de esta cuestion y que ha multiplicado los esperimentos no va tan lejos; pero resulta de los hechos que ha observado que cuando se aplica la careta del primero al quinto dia desaparece cierto número

(1) *Traité de l' Expérience*, t. II.
(2) *Rech. sur quelques points de l' hist. de la variole;* Tésis, Paris, 1837.
(3) *Mém. sur l' emploi des topiques mercuriels*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1838).

de pústulas por resolucion, y las demás se trasforman en vesiculitas miliares apenas visibles.

Otros autores, entre los cuales debemos citar á Nonat, Rilliet y Barthez, han empleado el mismo medio: Nonat ha obtenido resultados casi semejantes á los que acabamos de mencionar; pero Rilliet y Barthez no han sido tan felices, lo cual quizá haya dependido de la indocilidad de los niños.

Naturalmente se pregunta cuál es el modo de obrar de este medio. ¿Abortarán las pústulas porque se las sustrae de la accion del aire? ¿Será por la influencia del mercurio? Algunos esperimentos parecen haber demostrado que realmente la preparacion mercurial es la que obra, puesto que habiéndose cubierto las pústulas con otros varios emplastos y con diversas pomadas ó soluciones no se verificó su aborto. Estos esperimentos emprendidos por Serres (1) han sido continuados por Briquet y con los mismos resultados.

Otro hecho que se ha citado para probar que es realmente el mercurio el que obra, es que se obtiene el mismo efecto con las *unciones mercuriales*, á cuyo modo de aplicacion recurre en la actualidad hasta el mismo Briquet. Para que estas fricciones den su resultado, es preciso que las pústulas esten cubiertas incesantemente de una capa mercurial de uno á dos milímetros (media á una línea) de grueso, y como la pomada simple tiene poca consistencia para esto, Briquet propone la mezcla siguiente:

℞ Ungüento mercurial................ 2 partes.
Almidon en polvo.................. 1 parte.

Mézclense exactamente.

Colodion. Sin embargo, hechos recientes han venido á demostrarnos que quizá no es indispensable la accion del mercurio, y que si los demás emplastos no han producido el mismo efecto seria porque no comprimian bastante la piel. El doctor Aran ha dado á conocer á la Sociedad médica de los hospitales (2) casos en que una *capa de colodion* estendida sobre las pústulas de la cara ha detenido completamente su desarrollo.

(1) Véase Gariel, *lug. cit.*
(2) Sesion del 23 de setiembre de 1850.

En un caso que he observado, el colodion aplicado durante veinticuatro horas habia contenido el desarrollo de las pústulas; pero no habiendo querido soportarle el enfermo, han vuelto á recobrar su incremento. El único inconveniente de este medio es que ocasiona una constriccion penosa.

Se han usado otros tópicos, y entre ellos no haré mas que mencionar las *lociones frias* á la cara (porque siempre es esta parte la que se procura reservar), combinadas con los escitantes á las estremidades, las *lociones alcalinas* y las *embrocaciones oleosas*. Larrey ha referido que los egipcios precaven las cicatrices de las viruelas cubriéndose la cara con *láminas de oro*, y hasta se ha llegado á proponer el *vejigatorio ambulante*. Estos diversos medios no merecen mas que una simple indicacion.

Vacuna á altas dosis. Otro medio abortivo que ha gozado de gran celebridad es el que ha propuesto el doctor Eichorn, quien recomienda que en cuanto se reconozcan los síntomas de la invasion y hasta cuando se perciban las primeras señales de las pústulas, *se hagan* 40 *ó* 50 *incisiones pequeñas en la piel inoculando en ellas toda la cantidad de vacuna que sea posible*, tomándola de una pústula de vacunacion y no conservada. El doctor Eichorn cita hechos muy favorables á este método; pero en Francia solo se han hecho esperimentos completamente insignificantes. Sin embargo no debemos olvidar los hechos que han citado Rayer, Tardieu, Herpin, Herard, etc., de los cuales resulta que la erupcion de la vacuna ejerce una influencia manifiesta en el curso de las viruelas y que esta influencia es favorable, lo cual debe animar al práctico á vacunar en la epidemia y hasta en el principio de las viruelas,

2.° *Tratamiento de la viruela simple y regular*. Lo que hemos dicho relativamente al tratamiento del sarampion y de la escarlatina regulares es aplicable aqui. En vez de dar á los enfermos escitantes de toda especie y de provocar la erupcion por medios tópicos irritantes y el aumento de mantas en la cama, hoy se limitan los prácticos á administrar debidas emolientes ó aciduladas á una temperatura moderada, manteniendo al enfermo al abrigo del frio sin sostener en su habitacion un calor escesivo, y estos medios higiénicos unidos á algunas precauciones, como la de cuidar que esté el vientre libre y ale-

jar á los enfermos de todo ruido, son suficientes en los casos en que la viruela es regular, aun cuando los síntomas hayan adquirido bastante intensidad.

Sin embargo, se han recomendado algunos medios especiales que conviene examinar.

Un gran número de médicos, desde Rhazes, han propuesto *abrir las pústulas* cuando lleguen á la época de la supuracion, á fin de evitar las cicatrices, cuya operacion se ejecuta principalmente en la cara. Despues de haber abierto las pústulas y evacuado el pus se las cubre con tópicos emolientes ó se hacen en ellas lociones tibias. Wan Swieten y J. Frank elogian esta práctica, pero no hallamos en su favor esas pruebas que arrastran la conviccion, y que con tanta frecuencia se buscan en vano en las cuestiones de terapéutica.

Tienen relacion con este método los *baños simples* ó *emolientes* dados con el objeto de favorecer la caida de las costras y hacer cesar la picazon. En el mismo sentido son útiles las *unciones* con el aceite de almendras dulces, con la manteca, etc. Tampoco debe olvidarse el impedir por todos los medios posibles que se rasquen los enfermos, recomendacion importante cuando es un niño de poca edad. Por último, es preciso que haya la mayor limpieza alrededor del enfermo.

Tales son los medios que convienen á esta especie; sin embargo, si en la invasion fuese la calentura muy intensa, asi como igualmente la cefalalgia y el lumbago, podrian hacerse *una ó dos sangrías generales* en un adulto robusto; pero este es un medio que debe usarse con mucha prudencia. A veces se prescriben las *sanguijuelas al ano*, *á los pies y al cuello* cuando parece que hay una gran congestion á la cabeza. Contra el dolor de garganta se emplean *gargarismos emolientes*, *opiados ó astringentes*, segun su mayor ó menor agudeza. En un caso de viruelas confluentes que habian producido una erupcion muy numerosa en las fauces que hacia imposible la deglucion, consiguió Herpin (1) restablecer esta funcion á beneficio de la *cauterizacion con una solucion de nitrato de plata.*

3.° *Tratamiento de la viruela irregular, maligna y complicada.* Bastaria repetir aqui lo que hemos dicho acerca de la

(1) *Gazette médicale de Paris*, diciembre de 1848.

escarlatina y del sarampion en las mismas condiciones, por lo que nos limitaremos á una simple indicacion.

Si predominan los síntomas atáxicos, se recurre á los *anti-espasmódicos (castoreo, almizcle, alcanfor, asa fétida, etc.)*; si hay adinamia, se administran los *tónicos* y en particular la quina y los vinos generosos, y si se trata de una *viruela hemorrágica*, hay que abstenerse de la sangría y dar los *astringentes* (en particular la ratania), las bebidas aciduladas y tambien los *tónicos*. Si no se establece bien la erupcion, sin que se halle la causa de esto en una complicacion que pueda combatirse, se ha propuesto recurrir á los *escitantes generales*, y someter la piel á la accion de una temperatura elevada, etc. Pero ¿se ha conseguido algo por estos medios? Esto era lo que hubiera sido preciso demostrar.

4.° *Tratamiento de la viruela complicada.* Las *complicaciones* solo exigen medios que bien conoce el lector, pues no son mas que enfermedades particulares de que ya hemos hablado antes de ahora en esta obra, y que requieren el mismo tratamiento que cuando existen aisladas; asi pues no tendria ninguna utilidad el detenernos en este tratamiento. Además todas esas medicaciones que se han ponderado como eficaces en los casos graves y complicados, ¿han producido realmente los buenos resultados que se les atribuyen? ¿Dónde están los hechos que lo prueban? Todo se reune pues á obligarnos á pasar á ocuparnos de otra cosa.

5.° *Tratamiento preservativo.* Antes del descubrimiento de la vacuna se habia recurrido á la *inoculacion*, es decir, que se comunicaba á los individuos que no la habian padecido aun una viruela que se procuraba hacer lo mas benigna posible, guardando las condiciones siguientes. Se tomaba el pus varioloso en un sugeto de buena constitucion y que solo presentase unas viruelas discretas y sin ninguna complicacion; se operaba al sugeto en buenas condiciones de salud, á menos que no se temiese la influencia epidémica, y se procuraba por este medio obtener una viruela benigna. En cuanto á la operacion, es semejante á la vacunacion que describiremos mas adelante. Solo hemos entrado en estos detalles en razon á que todavía pueden ofrecer cierto grado de utilidad, pues muy bien puede hallarse el práctico sin vacuna y en circunstancias

en que sea necesario precaver á los sugetos de las viruelas. Siempre que sea posible procurarse vacuna, no se debe pensar ni un solo instante en recurrir á este procedimiento, que algunos autores han atacado vivamente, aunque sin razon, pues ha hecho grandes servicios durante muchísimo tiempo, aun cuando no estuviese exento de inconvenientes, como tantos otros medios que no por esto se desechan.

El medio preservativo por escelencia es la *vacuna*, que nos limitamos á indicar aquí, porque mas adelante destinaremos un artículo para ella sola.

Cuando aparece una epidemia intensa, ya sea que pueda practicarse la vacunacion, ó que haya que reducirse á la inoculacion, lo cual es muy raro, ó en fin, que no haya proporcion para poner en práctica ni uno ni otro de estos dos medios, es necesario el *aislamiento*, hasta en los casos en que los individuos hayan sido vacunados, y asi solo deben dejarse al lado de los enfermos las personas indispensables para cuidarlos. En los casos esporádicos basta alejar los sugetos no vacunados, siendo completamente ilusorio todo otro medio preservativo.

El tratamiento que acabamos de presentar es demasiado sencillo para que sea necesario hacer de él un resúmen detallado.

Breve resumen del tratamiento.

Tratamiento abortivo. Cauterizacion, método ectrótico, emplasto mercurial, unciones mercuriales, colodion, vacunacion por muchas incisiones (Eichorn), lociones frias, láminas de oro, etc.

Tratamiento de la viruela simple y regular. Igual al de la escarlatina en cuanto á las precauciones generales; abrir las pústulas, limpiarlas, aplicar tópicos emolientes, baños simples en la desecacion, y tratamiento de los síntomas cuando son un poco mas intensos que de ordinario.

Tratamiento de la viruela irregular, maligna y complicada. Igual al del sarampion y de la escarlatina en las mismas condiciones.

Tratamiento preservativo. Inoculacion, vacuna y aislamiento.

ARTICULO III.

VARIOLOIDES.

En la actualidad todos estan conformes en que la *varioloides* considerada por algunos autores como una afeccion especial distinta de la viruela, no es mas que esta enfermedad misma en un grado sumamente benigno y mas ó menos modificada en su curso y en sus síntomas. Por consiguiente no tendremos que hacer una descripcion detallada de ella, sino tan solo indicar rápidamente cuáles son las particularidades que la hacen diferenciar un poco de la viruela ordinaria.

Algunos autores han designado á la varioloides con los nombres de *viruela bastarda*, *adulterina*, *varicela truncada*, *viruela vacúnica* ó *mitigada*, *varicela pustulosa*, y *small-pox* (los ingleses).

En los primeros años que han seguido al descubrimiento de la vacuna no se creia en la existencia de erupciones variolosas despues de una buena vacunacion, y como precisamente es despues de esta cuando se manifiesta la varioloides, se consideraba á la afeccion que nos ocupa como muy poco frecuente. Pero algunos años mas tarde se multiplicaron los hechos que probaban la aparicion de una erupcion variolosa en los sugetos vacunados, y apareció la varioloides con mas frecuencia; por último hace poco tiempo que estos hechos han llegado á ser muy numerosos, y asi en la actualidad nadie pone en duda que la varioloides es una afeccion muy frecuente.

Habiendo admitido la identidad de la viruela y de la varioloides, poco tenemos que decir acerca de las *causas*. El mismo virus produce ambas erupciones, solo que la varioloides se presenta particularmente en los individuos ya vacunados ó que ya han padecido las viruelas. Especialmente en las epidemias es cuando se observa un gran número de sugetos acometidos de la varioloides.

Síntomas. En general los síntomas del *período de invasion* son muy ligeros, en algunos casos faltan y rara vez son muy intensos. La *erupcion es notable* por el corto número de pústu-

las, la falta de tumefaccion y de rubicundez eritematosa estensa, por el corto volúmen de estas pústulas, su pronto desarrollo en cierto número de casos, su figura unas veces puntiaguda y otras por el contrario deprimida, y por una falta de desarrollo de algunas de ellas que hace que las unas sean papulosas y las otras simplemente vesiculosas.

Pero la modificacion mas importante es la *falta de la calentura de supuracion* y la pronta *desecacion de las pústulas*, que habiendo llegado en dos, tres ó cuatro dias á su completo desarrollo, se secan de un dia á otro y se cubren de una costrita negruzca que no tarda en caer.

La enfermedad dura de seis á doce dias. No se debe emplear contra ella ningun *tratamiento* activo, y puede darse al enfermo alimentos aumentando rápidamente su cantidad desde que se ha presentado la desecacion.

Incluimos en la varioloides la mayor parte de las afecciones que se han designado con los nombres de *viruelas falsas*, *bastardas*, etc., y si decimos solo la mayor parte es porque en algunos casos se han dado estas denominaciones, por un error de diagnóstico, á enfermedades de la piel que no tenian nada de comun con las viruelas.

ARTICULO IV.

VARICELA.

Si los autores estan unánimes en considerar á la varioloides como una viruela modificada, no sucede lo mismo respecto á la varicela. No obstante, los hechos que han indicado Thomson, Berard y Delavit (1) no nos parece que dejan ninguna duda acerca de este punto, y las pruebas van siendo cada dia tan convincentes, que de cada vez van perdiendo mas de su fuerza las objeciones que se han hecho á esta opinion. Asi pues, nos bastará, como hemos hecho en el artículo anterior, indicar las particularidades que presenta la varicela, dejando á un lado lo que tiene de comun con la viruela regular.

(1) *Essai sur les anomalies de la variole et de la varicelle*; Mompeller, 1818.

Se ha descrito á la varicela ó viruela loca con los nombres de *variolœ spuriœ*, *pemphigus varioloides*, *chincken-pox*, *swine-pox*, *horn-pox nerles, hives* (por los ingleses).

Lo mismo que la varioloides, se observa principalmente la varicela en los sugetos que han sido bien vacunados ó que han padecido las viruelas, y aparece con especialidad en las epidemias de esta última afeccion.

Síntomas. Hay dos variedades principales de la varicela que presentan síntomas especiales, y que examinaremos despues de decir dos palabras de los síntomas comunes.

Síntomas comunes. Los síntomas del *período de invasion* son los mismos que los de la varioloides, y como en esta última son generalmente muy ligeros, rara vez llegan á adquirir una intensidad notable.

Síntomas de las diversas variedades. a. Varicela con vesículas pequeñas (chincken-pox). La erupcion es notable por las vesículas que son de poco volúmen, unas puntiagudas y otras aplanadas, y cuyo fluído, primero trasparente, se vuelve latescente al cabo de dos ó tres dias por el prurito que sienten los enfermos á esta época y por la pronta desecacion. En efecto, á los seis ó siete dias las vesículas se cubren de escamas ligeras parduscas, que caen al noveno ó al décimo. Durante los dos ó tres dias de la erupcion se observan apariciones sucesivas de cierto número de vesículas, de tal modo que en un punto del cuerpo estan naciendo, en otros aparecen llenas de un líquido trasparente, y finalmente en otros se hallan flácidas y latescentes ó ya en desecacion.

b. Varicela con vesículas globulosas (*swine-pox*). La única diferencia que hay entre esta variedad y la anterior es que las vesículas son mas gruesas y se llenan pronto de una cantidad bastante considerable de líquido, y como por otra parte producen un prurito intenso, los enfermos suelen romper estas vesículas al rascarse, y de aqui resultan costras mas anchas, que persisten por mas tiempo y que dejan á veces cicatrices en los puntos en que han existido.

Tambien se han descrito otras variedades de varicela, cuyas principales son: la *varicela papulosa ó berrugosa* (*horn-pox nerles*, *varicella solidescens*), y la *varicela globulosa propiamente dicha (hives);* pero no merecen una descripcion especial.

La enfermedad dura ocho ó nueve dias, aunque puede prolongarse por algun tiempo mas si se han roto las vesículas.

El *tratamiento* no se diferencia en nada del de la varioloides.

ARTICULO V.

VACUNA.

En este artículo nos proponemos principalmente discutir las grandes cuestiones que se han agitado en estos últimos años, y que han venido por último á ser objeto de un concurso ante la Academia de ciencias y de un informe interesante del doctor Serres (1). Lo que en efecto importa al práctico es la solucion de estas cuestiones; pero antes de abordarlas haremos en pocas palabras la descripcion de la vacunacion y de la vacuna.

Ya se habia esparcido por todo el mundo el gran descubrimiento de Jenner, cuando se hallaron en la India y en la América del Sur vestigios antiguos de vacunacion. Se ha recordado además que en el pais mismo en que Jenner hizo sus esperimentos habian notado algunos observadores que la inoculacion accidental del *cow-pox* en sugetos que ordeñaban las vacas, era un preservativo contra las viruelas; pero ¿qué valian estos conocimientos perdidos en algunos rincones del globo? Todo el honor del descubrimiento pertenece á Jenner, el que ignorando completamente las tentativas que antes de él se habian hecho, ha sacado consecuencias rigurosas de los hechos que observaba, y ha erigido la vacunacion en método general.

En 1798 fue cuando Jenner publicó el resultado de las investigaciones que habia hecho en los años anteriores (1), y en muy poco tiempo la vacunacion hizo rápidos progresos. En 1800 se estableció en Francia una comision de vacuna, cuyo secretario Husson desplegó el mayor celo y contribuyó mucho á difundir el nuevo método. Desde este momento empezó á penetrar mas ó menos pronto en todos los paises, y hoy hay pocos puntos, aun en los pueblos mas bárbaros, en que sea desconocida.

(1) *Comptes rendus de l' Acad. des sciences*, t. XX, 1845.

(2). *Rech. sur les causes et les effets de la vaccine*; Londres, 1798, trad. por Delaroque, Lyon, 1800.

El número de los escritos que se han publicado acerca de la vacuna es inmenso, y una simple indicacion exigiria un espacio considerable, por lo que no intentaremos hacerla. Los que deseen tener la historia mas completa acerca de este punto pueden leer la obra de Steinbrenner (1), y en el curso de este artículo indicaremos los trabajos que mas interesa conocer.

§. I.

DEFINICION.

La vacuna es una enfermedad eruptiva, pustulosa, febril y trasmitida primitivamente al hombre por la inoculacion del *cowpox*, pústula que se desarrolla en el pezon de las tetas de las vacas.

§. II.

VACUNACION.

La vacunacion es la inoculacion que comunica la enfermedad de la vaca al hombre, y en seguida del hombre vacunado al que no lo está. En su descripcion vamos á examinar la *conservacion de la vacuna*, las *condiciones en que deben hallarse asi el sugeto de quien se toma la vacuna como aquel á quien se pone*, y finalmente, el *procedimiento operatorio.*

a. Conservacion de la vacuna. Se ha hecho uso de diversos procedimientos para conservar la vacuna.

Jenner tomaba un cristal liso que tenia en su centro una fosita de tal capacidad, que podia contener todo el fluido de un grano de vacuna, y la llenaba de modo que sobresaliese ligeramente el líquido; en seguida humedecia otro cristal con el fluido vacuno apretando con él sobre el grano abierto y luego le aplicaba al primero. La dificultad de no encerrar una burbuja de aire con la vacuna ha hecho que se renunciase generalmente á este procedimiento.

Otro método consiste en empapar un pedazo de algodon ó unas hilas en el líquido vacuno, y meterle bien entre dos cristales combados, ó bien en un cilindro hueco hecho de cera y colocado entre dos láminas de cristal (Kreizig).

Bretonneau hace penetrar el virus vacuno en tubos capila-

(1) *Traité sur la vaccine*, etc.; Paris, 1846.

res, en los que le hace subir por la accion de la capilaridad, y en seguida cierra las dos estremidades fundiéndolas en la lámpara.

Fiard se sirve de tubos de ½ milímetro (¼ de línea) de diámetro, que terminan en una ampollita, hace la rarefaccion del aire de esta por medio del calor de la mano ó de la boca y en seguida aplica la estremidad del tubo á la pústula abierta, se descubre la ampolla, el aire se condensa en ella y es atraido el fluido.

Estos medios son buenos y con ellos se ha conservado la vacuna por mucho tiempo; pero exigen instrumentos particulares, que no siempre se tienen á la mano y ofrecen algunas dificultades. Los siguientes son mucho mas sencillos y se usan mas generalmente.

Para conservar el líquido vacuno basta, despues de haber abierto la pústula por varios puntos y cuando se presenta el líquido en gotitas, aplicar sucesivamente las dos caras de la hoja de una lanceta y luego cerrar esta, teniendo cuidado de que permanezcan separadas las cachas, para lo cual se rodea el talon del instrumento con una tira de lienzo ó de papel. Tambien se ha podido conservar en puntas de marfil ó de concha y hasta en plumas cortadas en forma de mondadientes. Este procedimiento es suficiente cuando no se quiere guardar la vacuna por mucho tiempo, aunque sin embargo ha podido enviarse asi á distancias que exigian viajes de larga duracion.

Otro medio todavía mas sencillo y con el cual se puede conservar la vacuna mucho mas tiempo, consiste en aplicar sucesivamente á la pústula abierta dos cristales pequeños que en seguida se adaptan el uno al otro, teniendo cuidado de que se correspondan las partes humedecidas, y despues se los envuelve en un papel de estaño.

Por último, pueden guardarse las costras que caen naturalmente del dia diez y ocho al veinte de las pústulas que se han dejado intactas.

De todos estos procedimientos el mas sencillo es el que consiste en encerrar el fluido vacuno entre dos cristales, que conserva además bien el virus, y debe por consiguiente preferirse. Sin embargo, si se le quisiese conservar por mucho tiempo, seria mejor hacer uso de los tubos capilares de Bretonneau ó del

tubo con ampolla de Fiard. Ya se concibe cuán necesarios eran estos detalles, porque de las precauciones que se tomen depende por lo comun el éxito de estas operaciones ligeras.

b. Condiciones en que se debe hallar el sugeto de quien se toma lá vacuna. Por lo comun se saca la vacuna de niños robustos, vigorosos y que no ofrecen indicio de ninguna especie de enfermedad; pero se ha visto algun pus tomado de niños enfermizos producir una escelente yacuna. En tiempos de epidemia no se debe dudar en tomar la vacuna de un sugeto débil y hasta enfermo, siempre que su afeccion no sea contagiosa, á pesar de haber probado las investigaciones interesantes de Taupin, que en estos casos no se comunica la enfermedad concomitante y que la vacuna es por lo comun evidente. En estos casos lo primero es preservar de una afeccion epidémica ordinariamente funesta. Se ha dicho que para vacunar á los adultos era mejor tomar el pus de otros adultos; pero nada prucba que esto sea necesario.

El sugeto debe tener una vacuna poco adelantada (del cuarto al octavo dia de la erupcion), conviene que las pústulas esten, siempre que sea posible, intactas, y el líquido debe ser trasparente y bastante viscoso, á fin de que el grano no se deprima rápidamente despues de la picadura y á consecuencia de la evacuacion repentina del pus.

Segun Dubois, de Amiens, que ha hecho investigaciones muy interesantes acerca del líquido vacuno (1), este líquido debe ser trasparente y cristalizado; pero Fiard y Bousquet han hallado que no es indispensable esta condicion, y que puede muy bien inocularse un fluido vacuno turbio y no cristalizado.

En general debemos decir que todas estas precauciones tienen cierta importancia, pero solo deben guardarse cuando se tiene proporcion de elegir entre un gran número de vacunados y no amenaza ninguna epidemia, porque en el caso contrario, hay que guardarse de creerlas como indispensables.

c. Condiciones en que se debe hallar el sugeto que se vacuna. Por lo comun se practica la vacunacion en los niños y entonces produce mejor efecto que en ninguna otra edad. En una época muy próxima al nacimiento, las condiciones son menos favorables que á los dos ó tres meses, porque antes de

(1) *Bull. de l' Acad. de méd.*; Paris, 1838, t. II, p. 595.

esta edad los niños son muy débiles y la fiebre vacunal puede producir inconvenientes; las pústulas no se desarrollan ordinariamente tan bien, y como por otra parte son muy raras las viruelas en los primeros meses, hay ventajas en esperar. Estas consideraciones tienen mucho menos valor en una época de epidemia intensa.

En tiempo normal se debe procurar no vacunar á los individuos sino en buenas condiciones de salud; sin embargo, la debilidad de la economía y la existencia de enfermedades crónicas no son un obstáculo absoluto, y asi en tiempo de epidemia es preciso vacunar indistintamente á todos los sugetos que no lo estan, aun hasta los que padecen afecciones agudas graves.

La *revacunacion*, de que hablaremos mas adelante, debe hacerse en tiempo normal, de doce á quince años despues de la primera vacunacion, y durante una epidemia se debe practicar esta operacion en todos los sugetos que la deseen; sin embargo, despues de la edad de treinta años es mucho menos necesario este preservativo.

En general se evita, fuera de los tiempos de epidemia, practicar la vacunacion durante los grandes frios y los calores escesivos; pero esceptuando estas épocas, son buenas todas las demás del año. Es inútil preparar á los sugetos por medio de la dieta, los purgantes, las sangrías y los baños; sin embargo, si la piel es rugosa, se pueden dar uno ó dos baños.

d. Procedimiento operatorio. Se ha hecho uso de varios medios, pero solo hay tres que merezcan mencionarse. Los dos primeros son el *vejigatorio* y la *incision*, que estan abandonados; solo algunas veces se emplea la incision en casos de viruela inminente (1), pero no hablaremos de ella aqui. El tercero se halla universalmente adoptado, y consiste en la *inoculacion por picadura*, que se practica del modo siguiente:

El *instrumento* de que debe hacerse uso es una lanceta comun de grano de cebada ó de grano de avena: en caso de necesidad puede servir tambien una aguja de coser, una aguja de oro, ó una aplanada y acanalada, pero no ofrecen grandes ventajas.

El *sitio de eleccion* para la vacunacion es el brazo en su

(1) *Procedimiento de Eichorn.*, véase el art. *Viruelas.*

parte esterna y superior, aunque sin embargo todas las partes del cuerpo pueden recibir la vacuna.

«El procedimiento operatorio, dicen Guersant y Blache, de quienes tomamos la descripcion siguiente, varía segun que la vacuna de que se hace uso es líquida ó seca.

»En el *primer caso* el operador, despues de haber cargado de antemano el instrumento de virus vacuno, coge en seguida el brazo del sugeto con la mano izquierda, estiende exactamente la piel, y con la mano derecha practica la picadura introduciendo el instrumento debajo de la epidermis en una direccion que puede ser ligeramente oblicua, vertical ó mejor horizontal; deja permanecer por un instante la punta del instrumento dentro de la pequeña herida, y luego le retira haciéndole ejecutar ligeras oscilaciones de modo que la solucion de continuidad quede bien impregnada del virus. Algunos médicos, á fin de facilitar la introduccion del virus, introducen varias veces la lanceta en la misma picadura, y otros la vuelven hácia arriba ó hácia abajo, ó bien al retirarla apoyan el dedo sobre el sitio de la picadura como para secarla. Pero todas estas precauciones, un poco minuciosas, no son absolutamente necesarias, y puede prescindirse de ellas sin inconveniente por poco hábito que se tenga en vacunar. En cuanto sea posible se debe evitar hacer heridas demasiado profundas y que den sangre, pues cuando sale este líquido en abundancia puede arrastrar consigo la vacuna. Sin embargo, es bastante difícil impedir una efusion de sangre que á veces es considerable cuando se vacunan niños indóciles y llorones, porque entonces se inyecta la piel á consecuencia de los gritos y de la agitacion, y apenas se la puede picar sin que salga sangre, y en estos casos se debe poner cuidado en hacer picaduras muy superficiales. No obstante debemos tranquilizar á los prácticos contra las consecuencias posibles de este accidente, y asi diremos que hemos visto muchas veces, lo mismo que Bousquet (1), desarrollarse las pústulas de la vacuna de un modo regular y con una grande actividad, en casos en que la lanceta habia penetrado muy profundamente en la piel y en los músculos del brazo. Una misma lanceta cargada puede ser-

(1) *Nouveau traité de la vaccine et des éruptions varioleuses*; Paris, 1848, p. 158.

vir para hacer dos ó tres picaduras seguidas, sobre todo si se practican muy superficiales y con gran prontitud; sin embargo, nos parece mas ventajoso para el éxito de la operacion secar y lavar el instrumento despues de cada picadura y volverle á cargar de nuevo.

»*Cuando el humor vacuno está conservado en tubos capilares*, se rompen las dos estremidades del tubo, se adopta á una de ellas un cañuto de paja ó un tubito de cristal en forma de embudo, se aplica la otra sobre un vidrio plano, y se sopla suavemente por la paja de modo que queden en el tubo de dos á tres milímetros (una á media línea) de vacuna. Esta última precaucion es indispensable, porque si se omite pudiera suceder que el aire insuflado alterase el virus y disminuyese su eficacia. Luego que la vacuna ha caido en el cristal, se la coge con la lanceta y se inocula lo mismo que en la vacunacion de brazo á brazo. Tambien se puede prevenir la alteracion del fluido vacuno por el contacto del aire insuflado rompiendo primero las dos estremidades del tubo, y dividiendo en seguida la parte media en dos pedazos iguales con el borde agudo de una piedra de chispa. De este modo vienen á quedar dos especies de dedales pequeños en cada uno de los cuales se puede coger fácilmente la vacuna con la punta de la lanceta. Cuando se quiere hacer uso del virus conservado en los tubos del doctor Fiard, basta romper la punta y calentar la ampolla; el pus vacuno sale luego del tubo á beneficio de la rarefaccion del aire, y en seguida se le recoge en un cristal ó en la punta misma de la lanceta.

»*Si la vacuna que se ha de usar está seca y en cristales*, no se debe sacar el papel de estaño que los envuelve hasta el momento mismo de emplearla; despues se deslíe la vacuna con una gotita de agua ó de saliva, agitando por algunos minutos la solucion con la punta de la lanceta hasta que no quede ninguna porcion sólida, ningun grumo, y que la mezcla haya tomado una consistencia mucilaginosa; en seguida se carga la punta del instrumento y se procede á la operacion del modo que dejamos indicado. Cuando se ha secado el pus vacuno en hilos, se los pone sobre un cristal, y con una gotita de agua fria, se deslíe el pus como acabamos de decir. Si se hace uso de un pedazo de lienzo impregnado en vacuna, basta fro-

tar algunas veces contra este lienzo la lanceta humedecida con agua para que esta se cargue del virus. Cuando se practica la operacion con lancetas no oxidables, de oro, concha, marfil, etc., se aconseja hacer la picadura con una lanceta comun y luego introducir en la herida la otra lanceta cargada de pus vacuno seco, aunque quizá seria mas conveniente desleirle de antemano, con lo cual se evitaria que dejase de inocularse, como sucede muy comunmente cuando se hace uso de este medio de vacunacion. Si se emplean para la operacion costras de vacuna, hay que tener mucho cuidado de levantar, como lo recomienda Sacco (1), una laminita muy delgada, resultado de la desecacion de una gota de pus formada en el centro de la pústula; hecho esto se deslíe la costra con un poco de agua fria hasta su completa disolucion y se procede á vacunar del modo que dejamos dicho. Tambien se ha propuesto servirse de las costras reducidas á polvo fino, del modo siguiente. Se toma una lanceta acanalada, á la que se halla adaptado un resorte que empuja á lo largo del canalito del instrumento y hasta debajo de la epidermis el polvo vacuno que en él se ha depositado; pero la mayor parte de los vacunadores estan acordes en que este medio es infiel, y además muy poco usado en la actualidad.

»No es necesario aplicar ningun apósito al brazo de los sugetos vacunados, sino que se dejan secar la picaduras, y solo se cuida despues de que no queden en contacto con lana ó con camisas de una tela demasiado gruesa, y de que el brazo quede muy sujeto con un vestido sumamente estrecho. Tampoco hay necesidad de someter á un régimen especial á los vacunados, ni de privarles que se levanten y salgan á la calle, á no ser que la temperatura esterior sea demasiado baja. La vacuna se desarrolla sin que sean precisas todas estas precauciones. Si al octavo ó décimo dia sobreviniese calentura y el acceso inflamatorio fuese muy intenso, se disminuirá la cantidad de alimentos y se prescribirán algunas bebidas refrigerantes. En los casos en que las pústulas llegan á ulcerarse se emplean los emolientes y los medios propios para acelerar la cicatrizacion; pero si apareciese la ulceracion antes del sétimo dia, seria prudente poner mas tarde una nueva vacuna, pues ha-

(1) *Traité de vaccination*, trad. par J. Daquin; Paris, 1813, p. 222.

bria motivo para temer que la primera no fuese preservativa. En cuanto al uso de los purgantes despues de la vacunacion, es mas oportuno renunciar á ellos, á no ser que hubiese indicaciones muy evidentes ó complicaciones que pudiesen motivar su utilidad.»

§. III.

GRADO DE EFICACIA DE LA VACUNA.

La Academia de ciencias propuso como objeto del concurso que anunció en 1845 las cinco cuestiones siguientes: 1.ª ¿La virtud preservativa de la vacuna es absoluta ó temporal? 2.ª ¿El cow-pox es superior á la vacuna ordinaria? 3.ª ¿Debe renovarse la vacuna? 4.ª ¿La intensidad de los síntomas locales de la vacuna tiene una verdadera importancia? 5.ª ¿Son útiles las revacunaciones, y á qué tiempo deben hacerse? Reflexionando un poco en estas cinco cuestiones, se notará que su resolucion encierra todo cuanto el práctico necesita saber relativamente á la virtud preservativa de la vacuna; y como he tenido ocasion de tratar este asunto con detencion (1) al ocuparme de la obra del doctor Steinbrenner, precisamente bajo el punto de vista que nos ocupa, bastará que reproduzca aquí los principales pasajes de este trabajo.

1.° *¿La virtud preservativa de la vacuna es absoluta ó temporal?* «La observacion de las epidemias, dice Steinbrenner, nos prueba que hay vacunas que son y permanecen siendo un preservativo tan perfecto como las mismas viruelas. Esta misma observacion de los hechos nos revela además que el número de las vacunas verdaderas y constantemente preservativas ha sido siempre superior y con mucho á las que han carecido de esta ventaja. Pero en la epidemia de Marsella, que hasta ahora no ha tenido igual en su gravedad y por su intensidad desde que se ha generalizado la vacunacion, se han contado siete veces y media mas vacunados de la edad de diez á treinta años en quienes la vacuna se mostró preservativa, que sugetos ha habido de la misma edad y en igual circunstancia en que ha faltado esta virtud preservadora. En otras epidemias menos intensas ha sido todavía mucho mayor la proporcion de los preservados, y hoy hay ya un gran número de vacunados que

(1) *Arch. gén. de méd.*, octubre de 1846.

han pasado de la edad de treinta á treinta y cinco años, y que han atravesado epidemias repetidas de viruelas sin sentir la menor influencia perniciosa; de modo que su vacuna puede considerarse ya como definitivamente preservativa, puesto que les ha protejido hasta este límite de la edad en que el peligro de la viruela se desvanece por sí mismo. Hay pues que admitir (y este es un gran motivo de tranquilidad) que la gran mayoría de los vacunados se halla realmente preservada de las viruelas; pero que al mismo tiempo no puede ocultarse que hay una minoría, y en numero respetable, que no goza de los mismos beneficios á pesar de haberse presentado en ellos una vacuna que se ha creido igualmente buena. El peligro es pues bastante positivo para despertar solicitudes fundadas, y hacer temer que aparezcan las viruelas en cada sugeto vacunado.»

Despues, indagando Steinbrenner las causas de esta nueva aparicion, ha hallado en primer lugar la falta de reaccion general despues de la vacunacion, aun cuando las pústulas hayan presentado todos sus caracteres; en segundo lugar el no desarrollarse lo que el autor llama la *receptibidad* en el momento en que se ha vacunado al niño, receptibidad que puede aparecer mas tarde; en seguida ciertos estados del organismo, ciertas enfermedades que han podido oponerse á la inoculacion, y que desapareciendo mas tarde dejan al enfermo espuesto al contagio, y por último en cierto número de individuos, la insuficiencia de un virus vacuno debilitado.

Así pues es imposible en casi todos estos casos (y esto es un punto muy importante para la práctica) asegurarse de si la vacuna es ó no preservativa, y nada hay que autorice á admitir que la receptibidad, valiéndonos de la espresion que usa el autor, haya sido destruida y luego vuelva á reproducirse. Como se ve, estamos bien distantes de la opinion de Heim y de otros muchos médicos alemanes que quieren que la vacuna nunca tenga mas que una virtud preservativa temporal; hay sin embargo casos (y se ha citado cierto número de ellos) en los cuales á pesar de ser la vacuna completamente normal, los sugetos han contraido las viruelas despues de cierto tiempo de haber sido vacunados, que ordinariamente ha sido de mas de diez años. Pero despues de las esplicaciones que acabamos de

dar, ¡cuán corta aparece la proporcion de estos casos, y cuánto deben disminuir los temores que las publicaciones de algunos médicos habian podido inspirar! Deben disminuir tanto mas cuanto que hasta ahora únicamente hemos hablado de la posibilidad de la aparicion de la viruela ó de la varioloides en los vacunados, mas no de su mortalidad; pues si consideramos la cuestion bajo este punto de vista, hallaremos que la preservacion que concede una primera vacunacion, aun cuando sea incompleta, no por eso deja de existir en cierto grado, puesto que en los sugetos que han padecido las viruelas estando vacunados ha sido mucho menor la mortalidad; de modo que si la vacuna no ha podido impedir el contagio, ha tenido cuando menos una influencia manifiesta en la intensidad de la enfermedad y en su terminacion, influencia por lo comun tan considerable, que hasta no puede considerarse á la afeccion como verdaderamente grave.

Asi queda sucesivamente reducido á una proporcion bastante mínima el peligro que corren los vacunados, y que ha podido creerse que era inmenso al leer los escritos de los partidarios de las revacunaciones. No obstante, este peligro existe para algunos y es muy evidente, puesto que se han visto individuos que han muerto de las viruelas despues de haber sido vacunados. Para el práctico basta, pues, que un solo sugeto pueda sucumbir por efecto de una viruela despues de haber sido bien vacunado, para que se despierte su solicitud, y en este concepto las investigaciones de los que han recomendado las revacunaciones tienen un valor innegable, tanto que nadie debe ignorarlas especialmente en tiempos de epidemia en que esta causa misteriosa que solo conocemos por sus funestos efectos, adquiere, como todos saben, una potencia incomparablemente mayor, y puede por consiguiente acometer á individuos que hubieran resistido su accion en tiempos normales. Pero lo que no temo repetir, y lo que hay de cierto segun las investigaciones que ha hecho Steinbrenner, es que las aserciones de los revacunadores, y en particular las del doctor Heim, aserciones capaces de sembrar el terror en las poblaciones, pecan de muy exageradas y generalizan lo que solo es cierto en un corto número de casos. Hoy ya podemos sostener con energía lo que acabamos de asegurar, porque á

nuestro lado estan los hechos que nos apoyan: no, no es cierto que por efecto de irse agotando la virtud preservativa de la vacuna en un número inmenso de individuos se hallen nuevamente amenazados los pueblos de esas terribles epidemias de viruelas que antes de nuestro siglo diezmaban las generaciones, porque los pueblos no tienen que temer semejante cosa mientras que se continúe inoculando la vacuna con el mismo cuidado. Podremos, sí, presenciar epidemias parciales, porque desgraciadamente aun hay por todas partes focos de individuos no vacunados que perpetúan la enfermedad; en medio de estas epidemias y hasta de un modo aislado, observaremos sugetos vacunados que padecen las viruelas, lo mismo que los hay que padecen por segunda vez esta afeccion; pero estos no pasan de ser accidentes que se van haciendo de cada vez mas raros y menos temibles.

En otros términos, ya en realidad no se agita una cuestion de higiene pública, sino mas bien un asunto de práctica particular. Asi pues, cada médico debe trazarse una línea de conducta en vista de los hechos que hemos citado; pero esa revacunacion de las poblaciones en masa, aun cuando no ofrece ningun inconveniente y que hasta debe tener ventajas incontestables *para un corto número de individuos*, ya no es un objeto de primera y rigurosa necesidad para la sociedad como lo aseguran algunos médicos.

2.° *¿El cow-pox es superior á la vacuna ordinaria?* No hay duda que la vacuna tomada de la vaca produce efectos locales y generales mucho mas manifiestos que el pus vacuno que ya ha servido á muchas generaciones, y por consiguiente nada parece mas natural que considerar á este último como dotado de una virtud preservativa menos enérgica. Pero casi concluye con esta presuncion todo lo que sabemos acerca de este punto (1). Si se examinan los hechos se hallará que en muchos paises han producido igualmente su efecto las revacunaciones hechas en sugetos vacunados con el virus renovado y en los que lo habian sido con el virus antiguo. Solo hay un hecho que apoya de un modo bastante sólido esta opinion de la debilita-

(1) Compárense Bousquet, *Mémoire sur le cow-pox découvert á Passy* (*Mém. de l' Acad. de méd.*; Paris, 1836, t. V, p. 600). Fiard, *Expériences comparatives sur la durée du vaccin* (*Bull. de l' Acad. de méd.*, 1844, t. X, p. 139).



cion del virus pasando al través de las generaciones, y es que la proporcion media de las revacunaciones que han dado pústulas hechas en sugetos de veinte y veintiun años, de 1833 á 1839, ha ido en aumento todos los años, lo cual induce á creer que en los años correspondientes en que han sido vacunados estos sugetos se habia debilitado la potencia del virus de año en año (1).

3.° *¿Se debe renovar la vacuna?* Aunque no deben considerarse á los anteriores hechos como demostraciones tan exactas como pudiera creerse, son sin embargo presunciones suficientes para que se renueve la vacuna con tanta frecuencia como pueda hacerse. Es preciso además escitar á los médicos que se encuentren en posicion de ilustrar esta importante cuestion, á fin de que no desperdicien ninguna ocasion de hacerlo. En cuanto á saber por qué medios conviene renovar la vacuna, nada mas fácil despues de las indicaciones de Steinbrenner acerca de la frecuencia del cow-pox en las vacas: asi pues, se debe recurrir á este cow-pox, medio que será mas que suficiente con una buena organizacion de las comisiones de vacuna; es decir, que de la administracion depende el que la vacuna conserve siempre en el mas alto grado su virtud preservativa.

4.° *¿La intensidad de los síntomas locales de la vacuna tiene una verdadera importancia?* Resulta de los numerosísimos hechos que ha reunido Steinbrenner, que no hay una relacion íntima entre la intensidad de los fenómenos locales y la virtud preservativa de la vacuna, y que por el contrario es evidente esta relacion con los síntomas generales. No podemos prescindir de citar respecto á este punto la práctica de Bryce (2), que ya habia llegado á obtener esta misma conclusion. En efecto, este autor dividia las pústulas de la vacuna en *locales* y *constitucionales*, de las cuales son preservativas, segun él, solo las últimas, cuya aparicion va acompañada de calentura mas ó menos intensa. Si esta calentura fuese siempre bastante manifiesta, no habria mas que comprobar su existencia ó su falta para saber si la vacuna era buena, pero no siempre sucede asi,

(1) Véase la discusion que hubo en la Academia de medicina (*Bull. de l' Acad. de méd.*, t. III, p. 6 y siguientes). *Mémoire sur les revaccinations*, par J. Sedillot. (*Mémoires de l' Académie de médecine;* Paris, 1840, t. VIII, p. 568 y siguientes).

(2) *Pract. obs. on the inoc. of cow-pox;* Edimburgo, 1809.



y Bryce propone un medio que permite reconocer en todos los casos si las pústulas son ó no constitucionales. Este medio consiste en una segunda vacunacion hecha cuatro, cinco ó seis dias despues de la primera: si la primera ha desarrollado el efecto constitucional, las vesículas que produce la segunda llegarán á su punto de madurez al mismo tiempo que las otras. De este modo se hacen tres picaduras el primer dia en el brazo derecho, y otras tres seis dias despues en el izquierdo; estas últimas deben recorrer rápidamente sus períodos y secarse al mismo tiempo que las primeras, de manera que si la duracion de estas es de trece á catorce dias, la de la segunda vacunacion será de ocho á nueve.

Este medio puede ser útil en casos en que haya necesidad de asegurarse pronto de si la vacunacion ha obtenido ó no sus resultados, es decir, en tiempos de epidemia.

5.° *¿Es necesario vacunar varias veces á una misma persona* (revacunacion), *y en caso afirmativo despues de cuántos años se deben practicar las nuevas vacunaciones?* Hé aqui cómo hemos resuelto esta cuestion, que es la que puede considerarse como la consecuencia de todas las demás, y que es la eminentemente práctica.

«Si la inoculacion del virus no ha producido ningun efecto en un individuo, se debe repetir la vacunacion á intervalos bastante cortos, por ejemplo, un año, hasta que se haya obtenido resultado. Si esta inoculacion no despierta reaccion ni síntomas generales, se debe desconfiar de su virtud preservativa, y hay que recurrir á nuevas vacunaciones, sin temor de hacerlas á intervalos poco considerables, porque esta práctica no puede tener ningun inconveniente. Sin embargo si la segunda vacunacion no hubiese producido ningun resultado, estariamos autorizados para esperar cierto número de años (de cinco á diez) antes de emplear otra; pero en tiempo de epidemia habia que seguir otra práctica y apresurarse á inocular de nuevo la vacuna. Si la vacuna ha presentado una anomalía en cualquier concepto que sea, no debe dudarse en obrar lo mismo que si la vacunacion no hubiese producido ningun resultado. Estas medidas nos parecen dictadas por la prudencia y no hallamos la razon del por qué se ha de rehusar el adoptarlas cuando son tentativas completamente inocentes.

»Queda ahora la parte mas delicada de la cuestion. Supongamos el caso de que un individuo ha sido vacunado y la vacuna ha seguido su curso normal, se han desarrollado un número suficiente de pústulas y hubo una reaccion general bien evidente. ¿Cuál debe ser la conducta del médico relativamente á la revacunacion? En tiempos ordinarios, cuando no amenaza ninguna epidemia, puede tener una gran seguridad; sin embargo, como para el práctico no se trata de considerar á las poblaciones en masa, y como por pequeña que sea la probabilidad del contagio en un sugeto en particular puede temerse que se encuentre en la corta categoría de los individuos amenazados, no podriamos censurar al que por un esceso de prudencia sometiese á la revacunacion á sugetos que ya hubiesen sufrido esta operacion ocho ó diez años antes. Pero en los casos de epidemia creemos, como lo he dicho antes de ahora, que las revacunaciones deben ser tan numerosas cuanto sea posible hasta en los sugetos que hayan tenido la vacuna mas normal, porque en efecto no hay ningun inconveniente en revacunar inútilmente, y siempre seria un gran disgusto si se viese sucumbir un solo individuo por no haber tomado con él esta medida de precaucion. Estos son ensayos que pueden tener un resultado útil, lo cual basta para que no deban omitirse.»

Resueltas ya estas grandes cuestiones prácticas poco nos queda que añadir, y únicamente diremos que segun el doctor Sacco (1) se obtiene el efecto preservativo de la vacuna en casi todos los casos del octavo al undécimo dia, y que pasado el trece todos los sugetos estan preservados si la vacuna es buena. Pero es probable que se obtenga mas pronto este resultado, y que si ha parecido lo contrario en los casos que han citado Sacco, la comision de vacuna y el doctor Taupin, esto haya dependido de que la vacuna no seria siempre legítima, puesto que el doctor Bousquet ha observado que se consigue igualmente el efecto preservativo (2) cauterizando las pústulas en la época misma de su aparicion, y que hasta se obtiene durante el período de incubacion.

(1) *Traité de vaccination.*

(2) *Nouveau traité de la vaccine et des éruptions varioleuses;* Paris, 1848, p. 518.



LIBRO DÉCIMO.

CALENTURAS.

Hace aun muy pocos años hasta hubiera parecido ridículo ocuparse de las calenturas, pues esta afeccion solo se consideraba como un síntoma al que era preciso hallar una lesion correspondiente, y no se admitia que pudiese constituir por sí una enfermedad. Hoy semejantes ideas son ya inadmisibles, y han sido completamente destruidas por una observacion mas exacta que la que se habia hecho en épocas anteriores. Asi en la actualidad admitimos la existencia de fiebres ó calenturas esenciales, muchas de las cuales presentan como caracteres anatómicos lesiones especiales; pero algunas de ellas no ofrecen estas lesiones á nuestra investigacion. No entraremos en ninguna discusion acerca de este punto, pues bien sabemos que se ha dicho que no era posible que hubiese síntomas sin lesion de órgano, y que por consiguiente no podian admitirse las calenturas esenciales; pero esto es puramente una sutileza, y desde el momento en que no podemos de modo alguno descubrir esta lesion, tenemos necesariamente que convenir en que existe algo mas que lo que vemos, en que hay una accion general que se nos oculta y que produce la calentura. Ha habido algunos que solo han querido ver en las calenturas una reunion de lesiones de las funciones y de los órganos, sin lazo comun que las una y sin una accion general que las domine; pero esta opinion no merece ser sériamente discutida. Basta notar que cada una de las enfermedades que constituyen las calenturas tiene una fisonomía propia, un curso particular, una sucesion

diferente de síntomas, y asegurarse de que las que tienen lesiones características son completamente distintas unas de otras bajo este concepto, para conocer cuán erróneas son semejantes ideas. No indicaremos en general los autores que se han ocupado de las calenturas, y solo los daremos á conocer al hablar de cada una de estas afecciones en particular.

ARTICULO I.

CALENTURA EFÍMERA.

(Pasmo.)

La calentura efímera ó pasmo ha sido conocida en todos tiempos y constituye una afeccion comun muy ligera, que no requiere medios terapéuticos enérgicos y que solo exige una breve descripcion. Recientemente ha hecho el doctor Davasse á la calentura efímera y á la *calentura sínoca* el objeto de una memoria interesante (1), que nos servirá de mucho para este artículo.

§. I.

DEFINICION.

Se da el nombre de *fiebre* ó *calentura efímera* á una enfermedad caracterizada por un movimiento febril que aparece de repente y se disipa al cabo de veinticuatro á treinta y seis horas, llegando rara vez á tres dias. En este último caso se la denomina *calentura efímera prolongada*.

§. II.

CAUSAS.

Esta afeccion ataca principalmente á los *niños* y á los *jóvenes*, y aparece en todas las estaciones, pero especialmente en la primavera.

(1) Tésis, Paris, 1847.

Las *causas determinantes* mas manifiestas, segun las observaciones de Davasse, que confirman en este punto lo que nos enseña la esperiencia diaria, son los *ejercicios violentos* y *no acostumbrados*, los *escesos de régimen*, las *emociones fuertes*, los placeres inmoderados, las *variaciones repentinas de temperatura*, la *esposicion al mal tiempo*, ó al contrario, á un *sol ardiente*. Falta hacer aun un trabajo exacto que nos indique el grado preciso de influencia de estas diversas causas.

§. III.

SÍNTOMAS.

En algunos casos se anuncia la *invasion* por un malestar ligero, un poco de cefalalgia y laxitud y algunas horripilaciones; pero por lo comun la enfermedad empieza de pronto por sus síntomas característicos, que son los siguientes:

Hay una *sensacion de fatiga y postracion* que va rápidamente aumentando, los enfermos se quejan de un quebrantamiento de miembros mas ó menos considerable en los lomos y èn las estremidades, los movimientos son dolorosos y la presion en las diversas partes del cuerpo produce un dolor contusivo.

Rara vez se observa un verdadero *escalofrío*, pero casi siempre hay una gran *sensibilidad al frio.*

En las *vias digestivas* se nota la *pérdida del apetito* y una *sed* pocas veces intensa. La *lengua* está suave, húmeda y cubierta de una capa blanquecina ó amarillenta, el *vientre* indolente, las deposiciones continúan naturales ó bien hay un ligero estreñimiento.

La *cefalalgia* persiste y á veces es considerable, y siempre se nota pesadez de cabeza. El *semblante* permanece natural y sin entorpecimiento en las facciones, y los enfermos tienen propension al sueño. En los casos mas intensos, y sobre todo en los niños, hay ensueños y hasta á veces un poco de *delirio* por la noche.

La *piel* presenta un calor bastante manifiesto, pero sin ser acre.

El *pulso* es frecuente, lleno, fuerte y regular.

Este estado persiste por un espacio de tiempo que varía

de doce á treinta y seis horas, y como ya hemos dicho hace poco, en algunos casos se prolonga por dos ó tres dias; y por lo comun despues de un sueño profundo los enfermos se encuentran curados *sin convalecencia;* sin embargo, á veces queda una ligera sensacion de cansancio.

Al fin de la enfermedad aparecen con frecuencia ó un mador manifiesto ó un *sudor* bastante abundante, otras veces una epistaxis, y ordinariamente se presenta alrededor de los labios un *herpes* que el vulgo conoce, y asi dice que *salen las calenturas*. Este herpes puede observarse igualmente alrededor de la vulva, del ano y del prepucio. Se han considerado á estos síntomas como *crisis*, opinion que puede sostenerse respecto á los dos primeros; pero relativamente al herpes, apenas puede verse en su aparicion mas que una consecuencia pura y simple de la enfermedad.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

En la descripcion anterior hemos indicado ya el *curso* y la *duracion* de la enfermedad; en cuanto á la *terminacion* ha sido constantemente feliz. Puede aparecer esta afeccion con mucha frecuencia en el mismo individuo.

§. V.

TRATAMIENTO.

El *tratamiento* es de los mas sencillos y consiste en algunas *bebidas acídulas*, un ligero *laxante* si hay *estreñimiento*, hacer que los enfermos guarden cama en una habitacion tranquila y á una *temperatura moderada*, y *dieta*: tales son los únicos medios terapéuticos de que hay que hacer uso, y en los casos un poco intensos se pueden dar algunos *calmantes* ó *antiespasmódicos*.

ARTICULO II.

CALENTURA SIMPLE CONTÍNUA.

(Sínoca.)

Se ha descuidado un poco en estos últimos veinte años el estudio de esta calentura; sin embargo, no debe creerse como piensa el doctor Davasse, que todos los médicos hayan desconocido su existencia. La causa reside únicamente en la benignidad suma de la afeccion, que ha hecho que hasta los que habian fijado en ella su atencion se limitasen á indicarla, á fin de que no se la confundiese con la calentura tifoidea, pues no cabe duda de que un número bastante considerable de prácticos tomaban la calentura simple contínua como una calentura tifoidea ligera, lo cual ofrecia un grandísimo inconveniente para la terapéutica, porque incluyéndose en las estadísticas los casos de este género, falseaban necesariamente los resultados. Bajo este punto de vista Davasse ha hecho un verdadero servicio á la ciencia insistiendo acerca de estos hechos observados muy superficialmente, y trazando una buena descripcion de la enfermedad; pero hay que tener cuidado de que el espíritu de reaccion contra la doctrina fisiológica no nos lleve demasiado lejos haciéndonos acusar sin razon lo presente para ensalzar tan solo lo pasado.

En la época en que reinaba la escuela fisiológica se acusaba de quimera esta calentura simple ó sínoca, y hácia el fin de esta época se ha querido atribuir su existencia á la doctrina de la inflamacion, admitiendo en los casos de este género una flógosis de la membrana interna de los vasos y del corazon. Estas eran opiniones que no podian sostenerse, y asi luego que el profesor Louis publicó sus investigaciones acerca de la *calentura tifoidea*, y dió á conocer con la mayor exactitud esta enfermedad tan dificil de estudiar, ya se pudieron trazar de un modo seguro los límites de la calentura simple contínua, é indicar el punto donde esta con-

cluye y empieza la tifoidea. Louis (1) se limitó á indicar los hechos de este género que era preciso distinguir de la calentura tifoidea, y en todas sus estadísticas (2) tuvo mucho cuidado en separarlos. Otros autores han imitado su ejemplo, pero sin embargo esto no bastaba, y las observaciones de Davasse han venido á completar nuestros conocimientos acerca de este punto. Pero segun este autor la calentura simple contínua, la sínoca (que es la denominacion que adopta) era ya conocida de los antiguos que la distinguian perfectamente de la calentura tifoidea. Esta es una exageracion, pues resulta muy claramente de las descripciones que nos han dado los antiguos, que debian confundir casi necesariamente la calentura sínoca con la calentura tifoidea ligera, y hasta que muchos autores de los mas célebres no la distinguian bien de la calentura tifoidea en sus formas mas graves. Ponemos como ejemplo á Borsieri, pues este autor admite una calentura sínoca sudatoria, maligna, pura, impura, complicada, colérica, etc. ¿Pero no se conoce por solo esta enumeracion que Borsieri incluia en la calentura sínoca afecciones muy diversas? Otro tanto pudiéramos decir de casi todos los autores.

¿Qué debemos concluir de lo que precede? No tememos decirlo: que en lo que concierne á las calenturas contínuas simples, á la calentura tifoidea y á los tifos, hay que romper completamente con lo pasado, relegarlo al dominio de la historia, y atenerse únicamente á las observaciones recogidas desde que han llegado á ser suficientes nuestros conocimientos acerca de la calentura tifoidea. En efecto, ¿cómo pudiéramos tener confianza en aserciones que descansan necesariamente sobre un gran número de errores de diagnóstico? ¿Seria poca la confusion que reinaba acerca de este punto de patologia cuando Pinel, que de seguro conocia los autores de los siglos pasados tan bien como nosotros podemos conocerlos, habia descrito las calenturas atáxicas, adinámicas, etc., fundándose en casos de pulmonía observados en la Salitrería? ¿Seria poca confusion para que Broussais, que habia observado vagamente que el conducto gastrointestinal presentaba lesiones esenciales, hubiese podido

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*; 2.ª edic., Paris, 1841, t. II, p. 418.
(2) Barth, *Presse médicale*, 1837.



echar en un momento por tierra todas las creencias, y para que los médicos mas imbuidos en las ideas de lo pasado no hayan hallado nada satisfactorio que responder? Convengamos, pues, en que mientras que no se ha podido decir de un modo positivo lo que era y lo que no era calentura tifoidea, afeccion que comprende la calentura pútrida, adinámica, atáxica, y en una palabra las *calenturas graves*, solo ha sido posible adquirir conocimientos vagos é inciertos, y no se ha podido trazar la historia de estas enfermedades segun las ofrece la naturaleza. Si pues faltaba esta condicion esencial, ¿cómo habian de poder suplirla toda la sagacidad ni todo el saber del mundo?

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La calentura simple contínua es una enfermedad que, como su nombre lo indica, no presenta ninguna lesion local apreciable, y está caracterizada únicamente por los síntomas que constituyen el estado febril.

Se la ha descrito con muy diversos nombres, cuya mayor parte no corresponden, como acabamos de ver, á un estado morboso bien determinado. Las principales de estas denominaciones son las siguientes: *sínoca* (synochus) *no pútrida*, *sínoca simple*, *sínoca*, *fiebre aguda simple*, *fiebre semanal*, *calentura inflamatoria simple*, *contínua*, *depuratoria*, *continente*, *inflamatoria simple*, *calentura angioténica*, *calentura gástrica ó gastrocefálica*, etc. Pero me parece mas conveniente la denominacion de *calentura simple contínua* que empleaba Boerhaave.

Esta afeccion no es rara, y hallamos ejemplos mas frecuentes de ella en la práctica civil que en los hospitales, no porque las clases que concurren á estos establecimientos esten exentas de padecerla, sino porque siendo la enfermedad muy ligera suelen pasarla sin ir al hospital.

§. II.

CAUSAS.

Las *causas* son casi las mismas que las de la calentura efímera, á lo menos en lo que se puede juzgar por las investigacio-

nes poco rigurosas que se han hecho acerca de este punto. Asi se observa las mas veces esta afeccion en los *niños y en los jóvenes de buena constitucion*, aun cuando no se hallan completamente exentos los sugetos que presentan otras condiciones. Aparece principalmente en la *primavera*, sin que por esto sea muy rara en verano y en otoño, y se la observa despues de *grandes fatigas*, de *escesos*, de la *supresion de un flujo habitual*, de un *enfriamiento repentino* y á veces sin causa apreciable.

Se ha descrito una calentura simple *epidémica*, pero no es bastante seguro que pueda tener este carácter. El doctor Davasse ha citado con este motivo una relacion de Storck, que no es completamente convincente.

La etiologia de la calentura simple contínua, lo mismo que la de la efímera, requieren aun investigaciones mas exactas que las que hasta ahora se han hecho.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los *síntomas* de esta enfermedad, perfectamente descritos por Davasse, son muy parecidos á los de una calentura efímera, solo que tienen un poco mas de intensidad, que persisten por mas tiempo, y que además aparecen algunos otros que no se hallan en la calentura efímera y que merecen ser mencionados.

En el mayor número de casos la calentura contínua simple, lo mismo que la efímera, *empieza sin prodromos* y sorprende á los individuos en el mejor estado de salud; otras veces sin embargo precede á los síntomas característicos de la enfermedad un estado de malestar vago, de laxitud y de anorexia. Este estado incierto tiene corta duracion.

Rara vez se anuncia la *invasion* mas frecuente de esta afeccion por un marcado *escalofrío*, sino que por lo comun hay simplemente algunos escalofríos ligeros erráticos, cierta sensibilidad al frio, y con mas frecuencia aun empieza la enfermedad por cefalalgia, abatimiento y calor. Cuando la afeccion está ya declarada, se observan los síntomas siguientes:

Síntomas de la enfermedad declarada. La *cefalalgia* es uno de los principales; los enfermos se quejan mucho de ella y va

creciendo los dos ó tres primeros dias, ocupa la cabeza y mas principalmente su parte anterior. La *postracion* es notable, pero mucho menos que en la calentura tifoidea; se observa el *quebrantamiento de los miembros* y de los lomos, lo mismo que en la calentura efímera. *No hay estupor* ni lentitud marcada en los movimientos, y cuando se interroga á los enfermos responden pronto y con exactitud y es perfecta su *inteligencia.* Solo tienen *propension al sueño* durante el dia, al paso que por la noche esperimentan á veces algo de *agitacion* con *ensueños;* pero es raro que haya insomnio y mas aun un delirio ligero.

En las *vias digestivas* se observa una anorexia completa; la boca está pastosa, por lo comun amarga, la sed se halla un poco aumentada, y la lengua está flexible, húmeda, cubierta de una capa blancoamarillenta y á veces un poco roja en la punta. En algunos casos aparecen en la invasion *vómitos*, primero alimenticios y despues biliosos; pero es algo mas frecuente que ocurran despues de dos ó tres dias. El *vientre* se halla casi siempre en su estado normal, y solo á veces hay un ligero ruido á la presion en una ú otra fosa iliaca, pero sin dolor. Se nota generalmente un *estreñimiento* poco pertinaz, á veces hacen los enfermos evacuaciones escasas y descoloridas, y en casos mas raros hay deposiciones líquidas. Los dolores epigástricos y el meteorismo que se han observado á veces, son síntomas que se presentan con poca intensidad.

La *orina* aparece encendida y cargada, y al fin de la enfermedad se halla por lo comun un eneorema que tiende á precipitarse al fondo del vaso.

El *calor de la piel* es cada vez mas elevado, ordinariamente halituoso, y á veces seco pero no acre. Con bastante frecuencia aparecen en la piel *manchas* que merecen una mencion especial. El profesor Fôrget las habia observado, y Davasse ha insistido acerca de ellas.

Estas *manchas son azuladas*, apizarradas, poco oscuras, en general redondeadas, que no forman prominencia, de medio á un centímetro (2 $^1/_2$ á 5 líneas) de diámetro, que rara vez se tocan, no desaparecen por la presion, ocupan principalmente el vientre y la parte superior de los muslos, y duran un setenario próximamente.

¿Estas *manchas azules* pertenecen únicamente á la calentura simple contínua? Esto es lo que examinaremos mas adelante (véase *calentura tifoidea*, Diagnóstico).

La *cara* presenta á veces un ligero color amarillento y un aspecto bilioso.

Finalmente, el pulso está lleno, fuerte y vibrante, pero sin dureza, muy regular y llega á dar noventa, ciento y aun ciento diez pulsaciones.

Tal es la descripcion de la calentura simple contínua que hemos tomado en gran parte del doctor Davasse, que ha sido quien mejor ha estudiado esta enfermedad; pero no se nos oculta que se necesitan investigaciones mas estensas y una buena estadística para que estos datos tengan mayor precision.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es agudo y contínuo, pero suele observarse por la tarde una exacerbacion de todos los síntomas.

La *duracion* mas comun es de siete á ocho dias; sin embargo, puede ocurrir la curacion desde el cuarto dia.

La *terminacion* es constantemente favorable y *no hay convalecencia*, sino que se declara la curacion despues de haber pasado el enfermo una noche de sueño tranquilo. Con frecuencia precede á esta terminacion un sudor mas ó menos abundante, y á veces vómitos espontáneos ó deposiciones alvinas. En algunos casos aparece una epistáxis ó un flujo uterino ó hemorroidal. Tambien se observa despues de esta afeccion el herpes labial, pero no con tanta frecuencia como en la calentura efímera, y otros presentan erupciones eritematosas poco importantes. ¿Se deben considerar, con Davasse, á todos estos fenómenos como *crisis?* Respecto á las erupciones no lo creemos; pero en cuanto á los sudores, y á las evacuaciones y flujos sanguíneos, esta opinion es mas admisible, aun cuando seria útil que se hiciesen nuevas investigaciones en este sentido.

Uno de los caracteres que mas interesa hacer notar es que la calentura simple contínua puede *desarrollarse varias veces*

en un mismo sugeto. Davasse ha citado muchos ejemplos de haberse reproducido varias veces, y ya veremos cuánta importancia tiene este hecho cuando tratemos del ***diagnóstico de la calentura tifoidea.***

Calentura de recaida (*relapsing fever*). En Inglaterra y en Escocia se ha descrito recientemente con el nombre de *calentura de recaida* (*relapsing fever*) una afeccion que rara vez tenemos ocasion de observar en Francia, y que nos parece que no es mas que una variedad de la calentura contínua simple. Hé aqui una descripcion abreviada de ella tal como la ha trazado el doctor Jenner (1).

Escalofríos repentinos, cefalalgia, piel cálida y seca, lengua blanca, orina muy encendida, deposiciones regulares, vómitos muy raros ó frecuentes, pérdida del apetito y sin ningun fenómeno anormal en el vientre.

Cuando la enfermedad es mas intensa, hay ictericia y sudores abundantes hácia el sétimo dia seguidos de una curacion aparente; pero á los cinco ú ocho dias hay recaida, reaparicion de los primeros síntomas con menor ó mayor intensidad, nueva terminacion por sudores, y entonces convalecencia definitiva.

Hace algunos meses que he visto en el hospital de santa Margarita un caso en que se han presentado asi estos síntomas, solo que no habia ictericia; pero creo que por esta palabra se debe entender el estado bilioso que se observa á veces en la calentura contínua simple, á la cual, repito, creo debe referirse esta variedad.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

No hay ninguna lesion particular que pueda atribuirse á la calentura contínua simple, pues la existencia de la *angiocarditis* que se ha invocado para localizar la enfermedad, es una pura hipótesis fundada únicamente en ideas teóricas.

(1) *On the identity or non identity of typhoid fever*, etc.; Londres, 1850.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

La confusion de la calentura simple contínua con la calentura tifoidea no es la única que debe temerse en la invasion de la enfermedad, porque en efecto todos saben que puede tomarse tambien por la invasion de una flegmasia cualquiera ó de una calentura eruptiva; pero es la única que puede tener graves consecuencias si se prosigue por algunos dias en el error en que pudo hacer caer cierta semejanza que hay en los síntomas. Fácilmente se comprenderá esto cuando se sepa que por una parte se puede aplicar á la calentura simple contínua un tratamiento mucho mas enérgico del que exige esta afeccion, y por otra que viendo ceder pronto una enfermedad que se ha creido era la calentura tifoidea, se puede atribuir á ciertos medicamentos una eficacia que en realidad no tienen. Este diagnóstico es pues muy importante; pero como nos proponemos presentarle detalladamente al hacer la historia de la *calentura tifoidea*, nos abstenemos de esponerle aqui.

§. VII.

TRATAMIENTO.

El *tratamiento* de la calentura simple contínua es tan sencillo como el de la calentura efímera. Si la cefalalgia fuese muy intensa, el calor muy elevado y el pulso estuviese muy fuerte, se podria hacer una *sangría general* ó aplicar algunas sanguijuelas al ano ó detrás de las orejas; pero por lo comun bastan la quietud, una bebida atemperante y el uso de ligeros laxantes y de dieta.

ARTICULO III.

CALENTURA TIFOIDEA.

Antes de entrar en materia debemos repetir la proposicion que hemos sentado al hablar de la calentura efímera, á saber:

que si queremos salir del estado de vaguedad y confusion, tenemos necesariamente que prescindir en medicina práctica de cuanto ha podido decirse acerca de las calenturas graves antes de estos últimos veinte años. Dudamos tanto menos en pronunciarnos en este sentido, cuanto que no se nos puede atribuir la intencion de renegar sistemáticamente de lo pasado, cuando tanta parte hemos tomado de ello para esta obra, y la tomariamos tambien para el asunto que nos ocupa, si no nos pareciese absolutamente imposible ligar en este punto las ideas de nuestra época con las de los siglos que nos han precedido.

Pero quizá se nos preguntará si creemos que la afeccion de que vamos á ocuparnos ha sido completamente desconocida hasta nuestros dias, y si no admitimos que bajo estas ó las otras denominaciones se han hecho de ella descripciones mas ó menos completas. No puede ocurrírsenos semejante pensamiento. En efecto, no hay mas que leer las historias que han presentado varios autores recientes, y en particular la del profesor Forget (1), para convencerse de que desde la mas remota antigüedad se habia observado, notado y descrito cierto conjunto de síntomas que se refieren mas ó menos bien á la calentura tifoidea tal como la comprendemos en la actualidad, y todos saben además que las calenturas, los tifos y sobre todo sus diversas formas, han sido objeto de numerosos escritos en los dos últimos siglos. Pero la cuestion no debe presentarse en estos términos, pues por haberlo hecho asi los autores mas apreciables, y á quienes debemos los trabajos mas recientes acerca de la calentura tifoidea, se han hallado embarazados en sus descripciones por antiguos recuerdos.

Hé aqui pues lo que es preciso preguntar: á pesar de todos estos trabajos y de todas estas observaciones, ¿se sabia que las calenturas graves son una sola é idéntica enfermedad que tiene un curso especial, que puede seguirse perfectamente al través de las variaciones que presenta, y que ofrece en la autopsia lesiones características? Si no se sabia esto, ¿se podia distinguir la calentura tifoidea de todas las afecciones que presentan cierto conjunto de síntomas al cual se ha dado el nombre de *estado tifoideo?* Si no se podia establecer esta distin-

(1) *Traité de l' entérite folliculeuse;* Paris, 1841.

cion, y si además se subdividia la enfermedad hasta lo infinito, por decirlo asi, haciendo una afeccion especial de cada forma que se creia observar, ¿qué venian á ser el diagnóstico y el pronóstico, y sobre todo, qué esperimentos terapéuticos podian intentarse? ¿Qué consecuencias rigurosas se podian sacar de la aplicacion de los diversos medios de tratamiento?

Presentada la cuestion de este modo se hace de las mas sencillas, y todos convendrán en que cualquiera que fuese la sagacidad de nuestros antepasados, carecian de muchos elementos para darnos una buena patologia de la calentura tifoidea. Asi hay que convenir tambien en que nos han dejado tanto que hacer como si nada hubieran hecho, ó quizá mas, porque es mas difícil desarraigar errores que hacer adoptar verdades. A los trabajos del profesor Louis (1), tan justamente admirados, debemos el haber salido al fin de la vaguedad y de la incertidumbre en que nos hallábamos, y estos trabajos son los que han hecho dar á la patologia un paso inmenso. Para asegurarse de esto no hay mas que comparar las opiniones que se profesaban acerca de las calenturas antes de la aparicion de estas investigaciones, con las de que participan todos en la actualidad, y habrá que reconocer por fuerza este gran progreso.

Despues de lo que acabamos de decir, la historia que tenemos que presentar queda muy simplificada, puesto que se resume en las proposiciones siguientes. En la antigüedad las nociones son tan sumamente vagas é inciertas, que no sabemos si las calenturas contínuas que describieron los primeros médicos difieren ó no de las nuestras. Desde el siglo XIII hasta nuestra época, y principalmente á fines del siglo pasado, solo encontramos la descripcion de la enfermedad mas ó menos exacta en sus formas graves; las relaciones de epidemias en las cuales el diagnóstico no es siempre seguro; casi siempre la creencia de que cada nueva epidemia depende de una enfermedad nueva; la division de la afeccion en otras muchas afecciones particulares, y de tarde en tarde la indicacion de lesiones que se referian á casos particulares y muy mal descritas (Fracastorio, Willis, Le-

(1) *Rech. anat.-path. et thérap. sur la malad. conn. sous les noms de gastro-entérite*, etc., 1.ª edic., Paris, 1831, y 2.ª edic., Paris, 1841.

cat). Mas tarde se han hecho estudios mas exactos, y es preciso citar en primera linea los de Prost (1), á los cuales ha faltado sin embargo el método y la precision, y que han dejado á los médicos en tal vaguedad, que algunos años despues creyeron Petit y Serres (2) que habian hallado una enfermedad enteramente nueva y distinta de las fiebres, porque habian encontrado en los intestinos las úlceras que habia indicado Prost.

No haremos mas que mencionar aqui las opiniones de Broussais, que viven en la memoria de todo el mundo, que se reducian á hacer de las calenturas graves una inflamacion gastrointestinal mas ó menos intensa, pero siempre una inflamacion pura y simple, y no vió en las calenturas mas que una inflamacion de la exacerbacion de la flegmasia ordinaria de los intestinos: error profundo, pero tan bien sostenido, que sedujo á muchos médicos, que los adversarios de la doctrina de Broussais no sabian cómo combatirle, y que solo podia destruirse por los resultados de una observacion severa, constante y completa, resultados que no existian en ninguna parte.

Para demostrar cuán vagos eran todavía nuestros conocimientos en las épocas que acabamos de indicar rápidamente, digan lo que quieran ciertos autores, basta hacer notar que la discusion solo versaba acerca de las calenturas muy graves, respecto á las que ocasionaban con mucha frecuencia la muerte, y que las calenturas tifoideas ligeras, tan bien diagnosticadas en la actualidad, eran completamente desconocidas; y que si se hubiera podido decir en la época que escribia Prost, lo mismo que en las que Petit, Serres y Broussais sostenian sus opiniones, que en estas calenturas tifoideas de síntomas tan ligeros que solo son notables por su duracion, existen las mismas úlceras que en las calenturas atáxicas y adinámicas mas intensas, solo se hubieran hallado incrédulos al oir semejante asercion. ¿No es este un argumento sin réplica? ¿Y puede considerarse como conocida una enfermedad cuando solo se diagnostican los casos intensos, y sobre todo, cuando este diagnóstico debe ser necesariamente erróneo en un grandísimo número de casos?

(1) *Médecine éclairée par l' observation et l' ouverture des corps*; Paris, 1804.
(2) *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*; Paris, 1813.

Bretonneau (1) comparó la tumefaccion de las glándulas de Peyer y las úlceras que le suceden á la erupcion de la *viruela;* pero esta comparacion muy aventurada no le condujo á conocer la relacion exacta de las lesiones y de los síntomas en las calenturas, y asi es que no hizo avanzar un paso á la cuestion.

Finalmente, hé aqui la última prueba de que la enfermedad era muy mal conocida y su diagnóstico sumamente incierto. ¿No se creia en la existencia de una calentura *grave*, *atáxica*, *adinámica*, etc., en una palabra, de una de esas fiebres que vemos todos los dias reunidas en la calentura tifoidea, desde que la lengua se secaba, desde que los dientes se cubrian de una costra y desde que el movimiento febril adquiria cierta intensidad? ¿No se creia en la aparicion de una de estas calenturas cuando se presentaban estos fenómenos en el curso de una flegmasia cualquiera? Y como consecuencia de esta creencia, ¿no se habia admitido que las inflamaciones se complicaban con frecüencia con una calentura atáxica, pútrida, adinámica, etc.? Pero hoy sabemos que si la calentura tifoidea se desarrolla en el curso de la flegmasia, este es un caso tan sumamente escepcional, que cuesta trabajo hallar un solo ejemplo; asi es evidente que se consideraban como fenómenos característicos los síntomas comunes de la calentura tifoidea y de las flegmasias, síntomas que espresan la mayor ó menor intensidad del movimiento febril.

El profesor Louis ha resuelto definitivamente esta gran cuestion al decir como resultado general de sus investigaciones, *que las calenturas contínuas, cualquiera que sea su forma, constituyen todas una sola y única afeccion* (2) *que se distingue con el nombre de* afeccion *ó de* calentura tifoidea. En cuanto á las pruebas que ha aducido en favor de su proposicion, son tan numerosas las que se hallan en su obra, que todo el mundo la considera hoy como una de las mas importantes de nuestra época médica.

Chomel (3) ha espuesto en seguida con su talento bien co-

(1) Trousseau, *De la maladie à laquelle Bretonneau a donné le nom de dothinentérie ou dothinentérite* (*Archives de médecine;* 1826, t. X, p. 67 y 169).

(2) Ya hemos dicho en los dos artículos anteriores, y Louis mismo lo reconoce en su obra, que es preciso hacer una escepcion en favor de la calentura efímera y de la calentura simple contínua; pero no hemos creido que por esto debíamos cambiar esta proposicion general que resume tan bien la discusion.

(3) Véase Genest, *Lecons sur la fièvre typhoïde, par Chomel;* Paris, 1834.

nocido los resultados que obtuvo Louis, y despues se han publicado numerosos trabajos que han dado alguna luz á ciertos puntos de la historia de la calentura tifoidea. Asi, citaremos los de Andral, Bouillaud, Forget, Taupin, Rilliet y Barthez acerca de las calenturas tifoideas de los niños, etc., etc.

Despues de lo que acabamos de decir, se comprenderá que para hacer una buena descripcion de la calentura tifoidea será suficiente que resumamos la obra del profesor Louis, añadiendo á este resúmen algunos detalles tomados de los observadores recientes y que versan sobre puntos secundarios.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La *calentura tifoidea* es una afeccion febril aguda que se desarrolla espontáneamente ó por contagio, que sigue un curso especial, que no ataca á los ancianos, que casi nunca se padece mas que una vez en la vida, y que tiene por carácter anatómico esencial una alteracion particular de las glándulas de Peyer. Hemos reunido en esta definicion los principales caracteres de la calentura tifoidea, y en la descripcion en que vamos á entrar demostraremos toda su exactitud.

Son sumamente numerosas las denominaciones con que se ha descrito mas ó menos aproximadamente esta enfermedad, y las principales son: *casus, phrenitis, febris ardens, continua, nervosa, mesenterica, petechialis; tiphus; fiebre pútrida, atáxica, adinámica, nerviosa, angioténica, meningogástrica, adenomeníngea, fiebre enteromesentérica, dotinenteritis, enteritis foliculosa, enteromesenteritis tifoidea, fiebre de los campamentos, de las prisiones*, etc.

Hoy que se conocen fácilmente los casos ligeros, nadie pone en duda la gran *frecuencia* de la calentura tifoidea.

Marcos de Espine (1) ha demostrado en un trabajo sumamente interesante acerca de la etiologia de esta enfermedad, cuanto puede variar esta frecuencia de un año á otro, y ha hallado

(1) *Notice étiologique sur l' affection typhoïde* (*Arch. gén. de méd*, 4.ª série, 1849, t. XIX, p. 129 y 423).

que en el canton de Ginebra ha habido años en que el número de muertos de esta afeccion ha sido tan solo de 20 por 1000, al paso que en otros siete años esta proporcion ha sido mucho mayor, y ha llegado hasta al 64 por 1000.

§. II.

CAUSAS.

Las *causas* de la fiebre tifoidea son difíciles de estudiar, y asi es que respecto á varios puntos de su etiologia todavía no tenemos mas que datos inciertos; pero en cuanto á otros poseemos investigaciones interesantes, cuyo resultado vamos á dar á conocer.

1.º Causas predisponentes.

Edad. La calentura tifoidea parece ser sumamente rara antes de los dos años, aunque sin embargo desde que los médicos que se ocupan de las enfermedades de los niños han estudiado sus síntomas con detencion, se han citado cierto número de ejemplos de esta afeccion en los primeros meses despues del nacimiento. Manzini (1) y Charcellay (2) han referido dos ejemplos de calentura tifoidea *congénita*, y Rilliet, Marcos de Espine, Bricheteau y Abercrombie han visto desarrollarse esta enfermedad en los niños de siete á veinte y dos meses. Yo la he observado en uno de tres meses y medio que ha curado, y en otro de veinte y tres mèses que ha muerto. Lo que quizá ha hecho que no se hayan referido mayor número de estos casos, es que es muy dificil la observacion en los niños menores de dos años, y que en particular los ejemplos de calentura tifoidea de poca intensidad son sumamente oscuros. No obstante, considerando los hechos bajo otro punto de vista, se ha hallado que la frecuencia de esta enfermedad debe ser mucho menor, segun todas las probabilidades, en los dos primeros años de la vida que en los sucesivos, en los que en efecto va aumentando esta frecuencia sensiblemente. Asi de los dos á los cinco años es aun

(1) *Académie de médecine.*
(2) *Arch. gén. de méd.*, 3.ª série, 1840, t. IX, p. 65.

poco considerable, crece notablemente de cinco á ocho, aumenta todavía de ocho á catorce, y finalmente segun los datos publicados por Louis, Chomel, Lombard y Fauconnet, la edad mas espuesta á padecer la calentura tifoidea es la de diez y ocho á treinta años. Hay otra circunstancia relativa á la edad que merece que la mencionemos, y es que despues de los cincuenta años, es esta afeccion tan sumamente rara, que los ejemplos que se han citado pueden considerarse como verdaderas escepciones, tanto mas cuanto entre estos ejemplos hay algunos que son cuestionables. Hasta resulta de las investigaciones hechas en las epidemias, que la calentura tifoidea, que entonces adquiere mayor intensidad, y que muy bien pudiera presentarse en tales casos fuera de los límites que la acabamos de asignar, sin que por eso se destruyese la regla, respeta sin embargo á los ancianos (1).

Sexo. No está tambien determinada la influencia del sexo. Louis no se decide acerca de este punto, y Rillet y Barthez, Taupin y Barrier han hallado entre los individuos acometidos mayor número de jóvenes del sexo masculino que del femenino.

Los hechos que cita Marcos de Espine (2) son mas concluyentes y tienden á probar que los hombres estan mas predispuestos á la calentura tifoidea que las mugeres.

Constitucion y temperamento. Siendo igual la mortalidad en la proporcion respectiva en los sugetos robustos que en los débiles, ha deducido Louis que la constitucion no ejerce influencia, ó cuando menos es muy limitada. Respecto al temperamento no poseemos ningun dato satisfactorio.

Como lo hace notar Louis, nada prueba que los *disgustos*, los *trabajos escesivos* y el *abuso de las bebidas* tengan una accion manifiesta sobre el desarrollo de esta enfermedad, pues el número de sugetos que se encontraban en estas condiciones figura en una proporcion mínima. Lo mismo digo de la *mala alimentacion*, *del uso de alimentos averiados* ó de *bebidas corrompidas*, que segun algunas observaciones (Leteneur, citado por Louis) y ciertos esperimentos (Gaspard) serian al contrario causas muy poderosas. Es fácil convencerse de que las primeras

(1) Véase Putegnat, *Mémoire sur la dothinentérie* (*Bulletin de l' Académie de médecine*, t. II, p. 853.—*Gazette médicale*, noviembre de 1838, p. 710).

(2) *Lug. cit.*

son tan solo simples coincidencias, y que las segundas han producido estados morbosos que distan mucho de ser idénticos á la calentura tifoidea. La misma reflexion es aplicable á la *desfibrinacion de la sangre* que ha producido Magendie en sus esperimentos.

Cambio de costumbres; permanencia en Paris. Es muy notable que casi todos los casos que se observan en los hospitales son en sugetos que llevan poco tiempo de estancia en Paris (desde algunos meses á un año), y no lo es menos que cuanto menos tiempo hace que residen los enfermos en esta capital, tanto mayor es en ellos la mortalidad. Hé aqui un hecho muy digno de estudiarse. Bien se puede admitir que el cambio de alimentos, el habitar en condiciones nuevas, los trabajos mas penosos y hasta los pesares y el recuerdo de su pais puedan ser los agentes principales de esta gran causa; pero como ya hemos dicho antes de ahora, la demostracion no es tan fácil ni tan convincente, y todavia no podemos decidirnos acerca de este punto. ¿No se podria creer que el contagio influye algo en esta frecuencia de la enfermedad que nos ocupa en sugetos que viven, por decirlo asi, mezclados y revueltos unos con otros? Es lástima que no tengamos acerca del desarrollo de la calentura tifoidea en otras grandes poblaciones, datos tan exactos como los que nos han suministrado los médicos que observan en París.

Estaciones. Los hechos recogidos para apreciar la influencia de las estaciones no son bastante numerosos para que podamos llegar á un resultado definitivo. Segun Lombard y Fauconnet, la mayor frecuencia de la calentura tifoidea es durante el otoño, y si hemos de atender á las investigaciones de Chomel, esta enfermedad es mas frecuente en los meses mas frios que en los mas calorosos, al paso que Forget ha clasificado las estaciones respecto á la frecuencia de esta estacion del modo siguiente: otoño, verano, primavera é invierno (1). Asi nada se sabe aun de positivo, y solo diremos que en estos últimos años ha sido tan considerable el número de calenturas tifoideas durante los grandes calores del verano, que ha podido admitirse la existencia de pequeñas epidemias. Para resolver esta cuestion de la

(1) *Traité de l' entérite folliculeuse*; Paris, 1841, p. 409.

influencia de las estaciones, es absolutamente necesario multiplicar las investigaciones y examinar los hechos bajo todos los puntos de vista, principalmente bajo el de la mortalidad.

Nada demuestra, como lo prueban las observaciones de Louis, que ciertas *profesiones* predispongan mas que otras á los que las ejercen á contraer la calentura tifoidea.

Antagonismo. Segun Boudin, los sugetos sometidos á la *influencia de los pantanos* resisten á la accion de las causas de calentura tifoidea (1): este autor ha aducido con mucho ingenio un gran número de hechos en favor de esta opinion, que no ha hallado todavía muchos partidarios.

2.° Causas ocasionales.

Las causas ocasionales, si se esceptúa el contagio, son mucho menos conocidas que las anteriores, ó por mejor decir, cuando se ha sostenido que la insolacion, el frio, la humedad, la alimentacion insuficiente, los purgantes, las conmociones físicas, etc. pueden producir la calentura tifoidea, se han aventurado proposiciones que no confirma el estudio de los hechos.

Contagio. Cuando se atendia tan solo á los hechos observados en Paris, no se creia en el contagio de la calentura tifoidea; pero las observaciones hechas en las poblaciones pequeñas han debido modificar mucho esta opinion. Citaremos con Louis (2) las que la ciencia debe á Bretonneau (3), Leuret, Gendron (4) y Putegnat, y además las de Letanelet, Lombard, Fauconnet, Mayer (5), Patry, Jacquez, Ragaine (6), Thirial, etc. En efecto, resulta de estas observaciones que la calentura tifoidea se ha trasmitido muchas veces de un sugeto enfermo á otro sano. No discutiremos ahora si la trasmision se efectúa por contacto ó por infeccion, y solo diremos que nadie pone en

(1) Compárense *Étude de géographie médicale* (*Annales d' hygiène de médecine legale;* Paris, 1845, t. XXXIII, p. 58; t. XXXVI, p. 5 y 504, y t. XXXVIII, p. 237.—*Bulletin de l' Académie de médecine,* t. VIII, p. 931; t. IX, p. 168; t. X, p. 1041, y t. XI, p. 257).

(2) *Lug. cit.,* t. II, p. 368 y siguientes, 2.ª edic.

(3) *Arch. gén. de méd*, 1.ª série, t. XXI, p. 57.

(4) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1834.

(5) *Bull. de la Soc. de méd. de Besancon*, núm. 2, 1847.

(6) *Bulletin de l' Académie de médecine*, t. X, p. 736 y 896, t. XII, p. 536.

duda este último modo de trasmitirse la enfermedad, al paso que la propagacion por el contacto parece muy poco probable al ver lo que sucede en los hospitales de Paris, donde los enfermos no estan en manera alguna aislados.

Si despues de los hechos que acabamos de citar pudiesen quedar todavía algunas dudas acerca de la trasmision de la calentura tifoidea por contagio, pronto las desvanecerian los interesantes resultados de las investigaciones del doctor Piedvache (1). Este práctico, que ha podido observar durante cuatro años la calentura tifoidea en el estado epidémico en la pequeña villa de Dinan, ha acumulado los hechos y ha llegado á obtener como consecuencias, que el contagio es evidente, que aumenta considerablemente el número de los enfermos, y que la condicion que mas favorece á la trasmision es la concentracion del aire y de los miasmas que contiene.

No hablamos aqui de los hechos observados en Inglaterra, porque los médicos ingleses han descrito casi todos en sus relaciones y sin separarlos la calentura tifoidea y el *tiphus fever*, que será objeto de un artículo especial, en el que daremos á conocer los trabajos del doctor Jenner, que ha sido el que mejor ha establecido en Inglaterra la distincion entre estas dos enfermedades.

La calentura tifoidea ha tomado comunmente, y aun todavía toma con bastante frecuencia, el caracter *epidémico*, y en el artículo siguiente (2) veremos si las epidemias de tifo deben referirse á la calentura tifoidea.

3.° Condiciones orgánicas.

Comprendemos bajo este título las alteraciones primitivas, tanto de los sólidos como de los líquidos, que se han considerado como el origen de las demás lesiones y de todos los síntomas.

En la actualidad un gran número de médicos se inclinan á creer la existencia de una *lesion primitiva de la sangre*, en la cual la disminucion de la fibrina desempeñaria el principal papel y seria el principio de la enfermedad.

(1) *Recherches sur la contagion de la fièvre typhoïde, et principalement sur les circonstances dans lesquelles elle a lieu* (*Mém. de l' Acad. de méd.*; Paris, 1850, t. XV, p. 239).

(2) Véase Tifo de los campamentos, de las prisiones, etc.



Nos limitaremos á recordar lo que hace poco hemos dicho al hablar de los esperimentos de Magendie, que la desfibrinacion de la sangre ha producido un estado morboso distinto de la calentura tifoidea. En cuanto á las pruebas directas que pudieran sacarse de la observacion, nos faltan completamente.

Se ha creido ilustrar mucho la cuestion comparando la calentura tifoidea con las viruelas; pero prescindiendo de que esto no es mas que alejar la dificultad, puesto que solo tenemos ideas muy vagas acerca de la naturaleza de la viruela, ha probado Louis con los hechos (1), que si la calentura tifoidea se parece á las viruelas en algunos caracteres, se diferencia de ella en otros.

Algunos autores, entre los cuales debemos contar á Forget y Bouillaud, consideran á la calentura tifoidea como una enteritis especial, y dan el mismo valor á la alteracion intestinal que á la inflamacion del pulmon en la pulmonía; pero la facultad contagiosa de la enfermedad, que solo acomete una vez al mismo individuo, es un carácter distintivo suficiente para hacernos admitir algo mas que una simple inflamacion. Delarroque (2) considera como la causa de todos los accidentes cierta ***alteracion de la bilis*** de la que solo da una vaga definicion; pero esta es una hipótesis fundada en una observacion incompleta.

De todo esto resulta que no conocemos todavía la causa esencial orgánica de la calentura tifoidea, y que debemos atender á la vez á la lesion local y á la infeccion general que nos revela la propiedad contagiosa de esta enfermedad.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los ***síntomas*** de la calentura tifoidea han sido perfectamente estudiados, y por consiguiente solo tendremos que discutir á cada paso el valor de las aserciones de los autores, y asi podremos describirlos rápidamente; pero es necesario seguir un órden riguroso á causa de la multiplicidad de estos síntomas. Chomel ha hallado en la calentura tifoidea una ***invasion***

(1) *Lug. cit.*, 2.ª edic., p. 507 y siguientes, *Anal. et diff.*, etc.
(2) *Traité de la fièvre typhoïde*, 1847.

con *prodromos* ó sin ellos, y tres *períodos manifiestos*. Hablaremos de los prodromos y de la invasion; pero la division en tres periodos es demasiado artificial, y asi no hacemos mas que mencionarla. Diremos por separado cuatro palabras de la *calentura tifoidea de los niños.*

Prodromos. Solo aparecen prodromos en una tercera parte próximamente de los casos, y consisten en una espresion de tristeza de la cara, menor aptitud para los trabajos mentales, malestar, quebrantamiento de los miembros, un cansancio que no puede esplicarse por el ejercicio ni las fatigas, pérdida del apetito, deposiciones líquidas, densidad y olor fétido de la orina, y á veces náuseas y vómitos.

No todos estos síntomas aparecen reunidos en un mismo sugeto, porque si asi fuese constituirian por su reunion un estado notable de enfermedad; pero puede quedar la duda de si cuando se presentan algunos no se ha formado ya la lesion intestinal, y si por consiguiente hay verdaderamente razon para considerar á estos síntomas como solo prodromos, en vez de creerlos una invasion lenta de la enfermedad.

Invasion repentina. Que hayan existido los anteriores síntomas, ó que hayan faltado completamente, la enfermedad empieza con mayor ó menor violencia, y por lo comun por escalofríos mas ó menos repetidos y que alternan con calor, á cuyos escalofríos se agregan la cefalalgia, una gran laxitud y una debilidad tal, que los enfermos se ven precisados á descansar muchas veces para recorrer una distancia que en el estado de salud hubieran podido repetir mas ó menos sin cansarse; la alteracion del semblante, el desvanecimiento, el zumbido de oidos, la anorexia, la sed, los dolores de vientre y en el mayor número de casos las deposiciones líquidas que aparecen en las veinticuatro horas.

Síntomas de la enfermedad declarada. Si examinamos primeramente lo que pasa en el conducto digestivo, hallamos *dolores de vientre* desde el principio en el mayor número de enfermos. Estos dolores, parecidos á veces á los cólicos, y mas comunmente vagos y sin carácter fijo, ocupan las fosas ilíacas, y principalmente la derecha, en algunos casos el hipogastrio y el epigastrio, y en otros tambien todo el abdomen.

La presion aumenta casi siempre este dolor, especialmente

en la fosa iliaca. Resulta de las investigaciones de Louis, que la aparicion pronta y la violencia de estos dolores estan en relacion directa con la intensidad de la enfermedad. Estos dolores por lo comun no persisten durante todo el curso de la afeccion, y hasta en los casos mas graves pueden desaparecer á los tres ó cuatro dias, y en otros á las veinticuatro horas. A veces se reproducen despues de haber desaparecido por cierto tiempo, y en un corto número de enfermos el vientre permanece indolente.

Diarrea. En mas de la mitad de los casos aparece la diarrea en las primeras veinticuatro horas, y en la mayor parte de los restantes se presenta del dia segundo al catorce de la enfermedad, mas bien cerca del primer término que del segundo. Su grado es variable, por lo comun hay de cuatro á ocho deposiciones al dia, pero á veces solo una ó dos, ó al contrario, quince ó veinte.

Los materiales espelidos son muy sueltos, y en su fondo se observan algunas porciones amarillentas y rara vez materias sólidas. En un corto número de enfermos son parduscas, tienen la consistencia de un puré líquido, y algunas veces son muy fétidas; en otros casos presentan el aspecto del poso del café, y en un corto número de casos contienen cierta cantidad de sangre pura, negra, en forma de coágulos mas ó menos voluminosos, ó que permanece líquida, lo cual es mas raro. Mas adelante veremos el valor pronóstico que tiene esta hemorragia intestinal. Es muy raro hallar en las deposiciones una cantidad un poco notable de moco.

En un cortísimo número de enfermos, lejos de observarse diarrea, se halla por el contrario estreñimiento durante todo el curso de la enfermedad (tres veces en ciento y un casos, Barth).

La diarrea dura una gran parte del curso de la enfermedad, y aun es bastante frecuente que los enfermos la presenten en la convalecencia.

Estos pormenores son de mucha importancia, porque los hechos á que se refieren han sido recogidos en una época en que no se usaban los purgantes como en la actualidad, pues estos medios, de que hoy se hace un uso tan frecuente, impiden se pueda estudiar este síntoma, que debe colocarse entre los principales.

En un párrafo que destinaremos al estudio de la *relacion de las lesiones con los síntomas*, nos ocuparemos de esta relacion de la diarrea y de los demás fenómenos morbosos.

Haciendo sobre el abdomen una palpacion estensa y fuerte se percibe muy comunmente un *zurrido* ó ruido hidroneumático, que tiene su asiento en un gran número de casos en la fosa ilíaca derecha, pero que se oye tambien en la izquierda, en el hipogastrio y alrededor del ombligo. Este síntoma muy variable, debido á la existencia del líquido mezclado con gases en un punto del conducto digestivo en relacion con las regiones que acabamos de indicar, tiene mucha menos importancia que los anteriores.

El *meteorismo* es un fenómeno morboso que merece tambien llamar nuestra atencion, porque es infinitamente mas frecuente en la calentura tifoidea que en ninguna otra afeccion, pues solo falta en un número muy reducido de casos, y es tanto mas frecuente, y en general tanto mas manifiesto, cuanto mas grave es la enfermedad.

A consecuencia de este meteorismo el vientre está mas ó menos voluminoso, regularmente abombado y sonoro en toda su estension, siendo mayor esta resonancia en el hipogastrio y en las fosas ilíacas.

En el *estómago* se observan además de los dolores epigástricos, náuseas y vómitos biliosos; pero estos síntomas rara vez aparecen en una época muy próxima á la invasion, pues casi nunca se presentan antes del octavo ó noveno dia, y á veces mucho mas tarde.

El estado de la *lengua* varía mucho segun el grado de la enfermedad. En los casos mas ligeros puede permanecer natural, pero por lo comun se cubre de una capa amarillenta, y en los casos graves presenta al principio los mismos caracteres, pero despues de algunos dias de enfermedad se pone seca, áspera, pardusca, cubierta de una materia seca, negra, dura, resquebrajada, mas ó menos gruesa, como quemada, con los bordes de un color rojo mas ó menos intenso, y finalmente en en los casos mas graves se observa este órgano hinchado, grueso y duro. Louis ha demostrado que este estado de la lengua debe referirse á una inflamacion secundaria de la misma naturaleza que otras muchas que tendremos ocasion de indicar mas

adelante. En algunos casos muy graves, la lengua se cubre de una *capa sendomembranosa*, pultácea, ó presenta una ó mas *úlceras*.

Aun en los casos en que la lengua se conserva húmeda y suave presenta con bastante frecuencia, si son de cierta gravedad, un temblor manifiesto, y cuando ya existen las lesiones que acabamos de indicar, cuesta trabajo á los enfermos el sacarla, no pueden hacerla pasar de entre los dientes, y á veces hasta permanece inmóvil en el fondo de la boca, donde se percibe como correosa.

Es preciso no confundir esta dificultad de sacar la lengua, que depende del estado del órgano, con la resulta del trastorno de las funciones cerebrales y que hace que los enfermos la saquen de la boca con lentitud y de un modo incompleto, y hasta que se olviden, despues de haberla enseñado, de que la tienen fuera de esta cavidad y entre los dientes.

Algunos autores han notado una *fetidez* particular del *aliento*, notable especialmente en los niños.

En la *faringe* se encuentran lesiones análogas: asi en algunos enfermos hay tan solo un poco de rubicundez, á la que se agrega en otros la tumefaccion del velo del paladar y de sus pilares, rara vez una hinchazon considerable de las amígdalas y en algunos casos producciones seudomembranosas y *úlceras*, que en ciertos sugetos invaden el esófago y hasta destruyen en parte la epiglotis.

No podemos prescindir de hacer notar aqui la *gran tendencia á la ulceracion* que se observa en la calentura tifoidea. En efecto, hé aqui ya varios órganos en que la vamos encontrando, y mas adelante veremos que en los intestinos constituye el carácter esencial de la enfermedad.

En los casos ligeros permanece la faringe en su estado normal ó casi normal. Además estas lesiones no se presentan hasta despues de cierta duracion de la enfermedad, y ocasionan algunas veces una dificultad mayor ó menor de deglutir, dificultad que resulta tambien, en los casos muy graves, del trastorno profundo de las funciones cerebrales.

En los *anejos de las vias digestivas* solo tenemos que considerar el estado del *bazo* que es muy notable, pues se le halla casi constantemente tumefacto, y á veces en alto grado, en

una época poco distante de la invasion. Por lo comun los enfermos no se quejan de ningun dolor en la region esplénica; pero en cierto número de casos puede desarrollarse en este punto un poco de sensibilidad á la presion. Por la palpacion y la percusion se reconoce la tumefaccion del bazo, que segun las investigaciones de Louis, no parece que dura todo el curso de la enfermedad cuando esta es un poco larga.

En esta afeccion se observan *síntomas nerviosos* muy notables: en primer lugar aparece la *cefalalgia*, que es casi constante y se presenta desde el principio de la enfermedad, y que en el corto número de individuos en que sobreviene mas tarde, apenas pasa del cuarto dia (en casos sumamente raros puede tardar hasta el doce). Esta cefalalgia es gravativa, sin asiento perfectamente determinado, pero ocupa mas particularmente la region frontal. Los enfermos no se quejan mucho de este síntoma, que en los casos mas ordinarios desaparece á los cuatro, ocho ó diez dias, y no persiste cuando sobreviene el delirio. En circunstancias muy raras este síntoma tiene una gran intensidad y dura todo el curso de la afeccion.

Mencionaremos en seguida los *vértigos*, que son tanto mas manifiestos cuanto mas grave es la enfermedad, y que aparecen principalmente cuando el enfermo se sienta, y sobre todo cuando se baja de la cama. Este síntoma que se presenta tambien desde el principio y al mismo tiempo que la cefalalgia poco mas ó menos, puede continuar durante toda la afeccion; pero por lo comun desaparece despues de uno ó dos septenarios. Los *desvanecimientos* y el *aturdimiento de cabeza*, los *vahidos* y la *vacilacion* aparente para el enfermo de los objetos que le rodean, constituyen estos vértigos tan notables, y que solo en la calentura tifoidea se observan en este grado y con esta frecuencia.

Uno de los síntomas que mas interesa notar es un estado de *debilidad*, tanto mayor cuanto mas grave es la enfermedad, y que ya hemos hallado entre los síntomas de la invasion. Aun en los casos en que la afeccion es ligera, es tal la postracion de fuerzas, que en igualdad de circunstancias no se halla otra igual en ninguna otra afeccion febril de nuestros climas. Esta postracion va aumentando sin cesar en los primeros dias de la enfermedad, y adquiere su mayor grado de intensidad del dia diez al trece, como lo ha comprobado el profesor Louis.

En lòs sugetos que padecen calentura tifoidea se manifiesta un *estupor* mas ó menos pronunciado, síntôma del cual se hallan vestigios, como lo ha hecho notar Jacquot (1), en los casos mas ligeros, siempre que se tenga cuidado de no confundir con ellos los de la calentura contínua simple. Los enfermos tienen cierto aire de aturdimiento, su mirada es lánguida y parece que tardan en comprender lo que se les dice. A este síntoma sucede, en los casos de cierta gravedad, una *soñolencia* á veces desde los primeros dias, por lo comun mas tarde, y término medio hácia el dia catorce. Esta soñolencia es muy variable, pues unas veces basta el menor ruido, el mas ligero movimiento alrededor del enfermo para despertarle, y en otros casos hay que llamarle bastante fuerte, y vuelve á su letargo en cuanto se cesa de escitarle. Este síntoma no dura todo el curso de la enfermedad, cuando la terminacion debe ser favorable, y desaparece casi siempre de un modo graduado, segun que van remitiendo los demás síntomas.

Està soñolencia en que estan sumidos los enfermos no los alivia, y al contrario se quejan de no dormir, ó bien de tener un *sueño* molesto, interrumpido con frecuencia y turbado por ensueños, *pesadillas* contínuas y penosas, de tal modo que procuran resistir á este sueño, y por otra parte le desean.

Segun Jacquot, que ha insistido mucho acerca de la importancia del estupor y del *delirio* en la calentùra tifoidea, este último síntoma es constante, pero tan ligero á veces que se necesita una grande atencion para conocerle. Sin tratar de decidirnos acerca de esta cuestion, y hasta admitiendo que en cierto número de casos puede una observacion asídua descubrir vestigios de un delirio poco aplicable á la esploracion ordinaria, haremos notar que los demás observadores no han llegado á obtener este mismo resultado, y que en los casos ligeros las respuestas de los enfermos son siempre acordes. En cincuenta y seis sugetos que han curado, solo ha notado Louis treinta y nueve veces la existencia del delirio.

Vemos, pues, que este delirio es uno de los síntomas mas importantes: sobreviene por lo comun de los dos á los seis dias despues de la soñolencia, rara vez la precede, y lo mis-

(1) *Recherches sur la fièbre typhoïde*, Tésis de Paris.

mo que esta dura hasta el fin de la enfermedad, cuando la terminacion es funesta, ó se disipa por lo comun al mismo tiempo que remiten los demás síntomas en los casos de curacion.

El delirio aparece principalmente por la noche, que es lo que sucede casi siempre cuando es ligero. Los enfermos se levantan, quieren vestirse, salen de su habitacion y luego no pueden hallar otra vez la cama, ó bien hablan alto y espresan conceptos incoherentes. En algunos casos solo se ocupan de un objeto ó balbucean palabras ininteligibles. Este delirio puede hacerse por momentos furioso, y cuando la afeccion es grave suelen estar los enfermos constantemente agitados, gritando, amenazando, queriendo levantarse y echarse por la ventana, de tal modo que se hace absolutamente necesario sujetarlos en la cama.

Cuando el delirio no es muy intenso se consigue hacerle cesar, y que el enfermo dé respuestas acordes fijando su atencion; pero en cuanto cesa el interrogatorio vuelve á caer en sus desvarios.

El *zumbido* y el *tintineo de los oidos* son fenómenos frecuentes en la enfermedad que nos ocupa, y aparecen principalmente en los sugetos que tienen vértigos. Es mas raro observar una *alteracion* notable de la *vista*, y sobre todo el *estrabismo*. No se ha estudiado aun bastante el estado de las pupilas.

Los *espasmos*, las *contracciones tónicas*, los *saltos de tendones*, el *temblor de los labios* y la *carfologia* son fenómenos del mismo órden y que pueden reunirse en una misma indicacion. En las estremidades superiores, en el cuello, y á veces hasta en los músculos vertebrales, se nota una contractura mas ó menos difícil de vencer, que en algunos casos raros se ha estendido á los músculos de la faringe, nueva causa de la dificultad de la digestion que debe agregarse á las ya mencionadas. No es necesario describir los saltos de tendones y los diversos movimientos irregulares, pues basta indicarlos. Hay una observacion que es aplicable á todas estas perversiones de la motilidad, y es que solo se presentan en los casos graves cuyo mayor número termina por la muerte.

El *estado de la piel* merece una descripcion particular, pues se observan en esta cubierta cutánea fenómenos de varias clases, entre los cuales indicaremos en primer lugar las *manchas*

rosadas lenticulares, que constituyen un síntoma importante. Estas manchas tienen un color que varía entre el rosa bajo y el oscuro, son redondeadas y forman una ligera prominencia, que se percibe pasando ligeramente el dedo por la piel; su diámetro varía de dos á tres y cuando mas cuatro milímetros (1, 1½ ó 2 líneas), y desaparecen á la presion para volver á presentarse inmediatamente despues. Su asiento mas comun es en la base del pecho, en su parte anterior y en el vientre; sin embargo se hallan con bastante frecuencia en la parte superior de los muslos, en la posterior del tronco, á veces en los brazos y en las piernas, y en algunos casos ocupan todas las regiones del cuerpo. Es raro que aparezcan muchas de estas manchas á la vez, pues por lo regular solo se hallan unas doce en la parte anterior del cuerpo, y únicamente en algunos casos escepcionales la erupcion es casi confluente.

Estas manchas no se presentan desde el primer dia, sino por lo comun del sétimo al décimo, y aun no es muy raro que tarden mas tiempo en aparecer. La duracion total de la erupcion varía entre tres y diez y siete ó diez y ocho dias, á veces mas, y por término medio es de siete dias. En cuanto á la duracion de las manchas solas es de tres á cuatro dias, de modo que en las erupciones que duran mucho aparecen primero algunas manchas, que van en seguida desapareciendo al paso que se desarrollan otras nuevas, y asi sucesivamente. Cuando la mancha está próxima á disiparse, toma un color un poco mas oscuro y empañado; y como las manchas rosadas lenticulares no se presentan á veces hasta despues del dia diez ó del doce, y por otra parte desaparecen pronto, todo esto puede esplicar las diferencias que ciertos autores han hallado en su frecuencia. En efecto, si han observado los enfermos demasiado tarde, han podido haber desaparecido ya, y apresurándose á decir que no habia habido manchas, pudo muy bien cometerse un error que un nuevo exámen hubiera rectificado. No obstante, es muy cierto que en algunos casos no hay erupcion, y de ello he visto ejemplos que no dejan la menor duda, pues se ha examinado á los enfermos dia por dia desde una época muy próxima á la invasion. Louis ha observado tambien tres casos de esta especie en el hospital de la Piedad, y los demás autores refieren igualmente cierto número, Sin embargo, las manchas rosadas lenticulares

tienen gran valor, porque aparecen en la calentura tifoidea con una frecuencia incomparablemente mayor que en todas las demás enfermedades en que apenas se observan. Por lo demás la abundancia de la erupcion y su duracion no ofrecen una relacion directa con la intensidad de la afeccion.

Otra erupcion que tambien tiene su importancia es la *sudámina*, que se observa en las dos terceras partes al menos de los enfermos. La sudámina consiste en vesículas formadas por la acumulacion debajo de la epidermis de un líquido trasparente y sin color, vesículas cuya dimension varía de dos á cuatro milímetros (1 á 2 líneas); en el primer caso son redondeadas, y en el segundo oblongas como las lágrimas. Su número es muy variable y aparecen principalmente en el cuello, en las inmediaciones de la articulacion escápulohumeral y en la region epigástrica; á veces cubren todo el cuerpo y son muy confluentes, se rompen fácilmente por el roce, y cuando estan muy agrupadas se pueden levantar en algunos casos porciones bastante grandes de epidermis.

La sudámina apenas se presenta antes del dia doce, dura de tres á diez dias próximamente, y cuando desaparece se reabsorve el líquido y hay una descamacion por lo comun delgada y farinácea. Cuando las vesículas son muy numerosas pueden romperse, y entonces se desprenden las porciones de epidermis de que hablábamos hace poco. Se ha considerado á la sudámina, como su nombre lo indica, como un resultado de los sudores mas ó menos abundantes que han tenido los enfermos, opinion que ha sostenido vivamente el profesor Bouillaud; pero si se interroga detenidamente á los individuos, se halla que en realidad no hay ninguna relacion entre los sudores y esta erupcion; y por otra parte, ya sabemos que en enfermedades en que los sudores son mucho mas constantes y considerables, dista mucho la sudámina de ser tan frecuente y tan notable.

En algunos casos aparecen otras manchas distintas de las *manchas rosadas lenticulares*; hablamos de las *petequias*. Este síntoma debe considerarse como muy raro, porque Louis y Chomel nunca le han observado. Estas petequias tienen por carácter un color violado oscuro y no desaparecen á la presion.

Se han mencionado tambien otras manchas, precisamente las que Davasse ha descrito en su *Historia de la calentura*

simple contínua (véase el artículo anterior) con el nombre de *manchas azules.* No cabe duda de que en algunos casos hubo error de diagnóstico, y lo que hace creer esto es que los autores que han indicado la existencia de estas manchas en la calentura tifoidea han quedado sorprendidos de la benignidad de la afeccion. Sin embargo, hay algunos hechos que no pueden referirse mas que á la calentura tifoidea, y yo he visto dos ejemplos en el anejo del Hotel Dieu en 1847.

La *erisipela* es una inflamacion de la piel que solo aparece en cierto número de casos graves, y las mas veces mortales (véase art. *Erisipela*). Esta afeccion solo se presenta en una época bastante avanzada de la enfermedad, é invade principalmente la cara, aun cuando en algunos casos se desarrolla en otras partes del cuerpo y hasta se estiende á veces á una gran porcion del tegumento, y en algunos casos termina tambien por gangrena.

Tambien se pueden observar otras erupciones cutáneas, pero solo en corto número de casos, y tienen muy poca importancia; tales son: los *eritemas*, la *miliar*, la *urticaria*, el *herpes labial*, el *lichen*, etc.

En los sugetos que padecen calentura tifoidea, tiene la piel una gran tendencia á la *gangrena*, que invade en una porcion mas ó menos estensa principalmente á las partes que sostienen el peso del cuerpo y que estan siempre en contacto con la cama. Esta gangrena no se declara hasta despues de una larga duracion de la enfermedad, y empieza por una rubicundez ligera y un poco de tumefaccion que pronto aumentan y se estienden; mas tarde toma la piel un tinte violado, se reblandece, se desprende y deja al descubierto el tejido subcutáneo en una estension mayor ó menor que á su vez se mortifica tambien. El sitio de predileccion de la gangrena cutánea es el sacro, desde cuyo punto se estiende á mayor distancia, y se la observa tambien sobre los trocanteres mayores en los sugetos flacos, en los talones, en los codos, y en una palabra, en todas las partes en que se ejerce la presion sobre eminencias huesosas. La superficie de los vejigatorios tiene tambien una gran propension á mortificarse, y á veces provoca la gangrena una aplicacion de sinapismos demasiado continuada.

La *cara* presenta fenómenos importantes: desde el principio

de la enfermedad espresa abatimiento, y en algunos cierta ansiedad. Los ojos estan lánguidos, medio cubiertos por los párpados, pero animados y uraños cuando hay un delirio agudo; con mucha frecuencia se hallan inyectados, á veces lagañosos, y en algunos individuos se observa cierto grado de estrabismo. La coloracion de la cara es sumamente notable, pues presenta placas rojas mas ó menos lívidas, y en algunos casos ligeramente azuladas. Se observa tambien que *las ventanas de la nariz* y á veces las pestañas *estan cubiertas de polvo*. Hácia el fin de la enfermedad la cara está muy demacrada. Estos síntomas son en general tanto mas manifiestos cuanto mas grave y mas avanzada se halla la afeccion, pues en los casos mas ligeros solo hay un poco de abatimiento y la coloracion particular.

En algunos casos graves se observa una coloracion azulada en todo el cuerpo, de lo cual he visto un ejemplo notable hace dos años en el anejo del Hotel Dieu, cuyo enfermo se ha curado. Esto es lo que se ha llamado la *cianosis tifoidea*.

En un gran número de casos hay *epistaxis* mas ó menos abundantes: el doctor Barth (1) las ha hallado en la mitad de los casos que observó; Jacquot (2) las ha visto cuarenta y seis veces en ciento y ocho casos, y Louis en veinte y siete de treinta y cuatro enfermos. Este es un síntoma que aparece en casi todas las épocas de la afeccion, y por lo comun esta hemorragia no es muy abundante. En varios casos que he observado, la accion de vomitar provocada por un emético ocasionó evidentemente el flujo de sangre, puesto que se reprodujo siempre que se empleó este medio, y cesó en cuanto se suspendió su uso. La abundancia y la frecuencia de la epistaxis no estan en razon directa de la intensidad y gravedad de la afeccion.

Se deben estudiar tambien los *órganos de la respiracion*, porque en esta enfermedad no hay una sola funcion que no padezca. La voz está por lo comun un poco débil y á veces completamente apagada, no solo cuando hay falsas membranas en la boca y en las fáuces, sino tambien en otros casos. Casi todos los enfermos tienen tos, en general poco frecuente y no muy molesta; los esputos son escasos, mezclados con sangre pro-

(1) *Lug. cit.*
(2) *Rech. pour servir à l' histoire de la fièvre typhoïde;* Tésis, Mompeller, 1843, y Paris, 1845.

cedente de las fosas nasales cuando hay epistaxis, y á veces puriformes anunciando una bronquitis bastante intensa. Por la *auscultacion* se halla en casi todos los sugetos que tosen un *estertor* general, por lo comun sonoro y sibilante, y á veces subcrepitante y húmedo: este estertor aparece ordinariamente hácia el quinto ó sesto dia de la enfermedad, y cuando la tos es muy ligera no se oyen estos ruidos morbosos. No obstante, la *percusion* del pecho no ofrece nada notable, de modo que cuando haya sonido á macizo, debe suponerse que existe una complicacion.

Hasta el exámen del *aparato génitourinario* da motivo á algunas consideraciones importantes. En primer lugar indicaremos la *retencion de orina* tan frecuente cuando el delirio es intenso, en cuyo caso el médico debe estar siempre con cuidado, á fin de que la orina no distienda demasiado la vejiga. Cossy (1) ha observado casos muy notables de *gangrena de la vejiga* á consecuencia de la calentura tifoidea, cuya gangrena se anunciaba por un olor *sui generis* que exhalaba la orina.

Andral, Rayer, Martin Solon y Becquerel han examinado la *orina*, y lo que resulta mas general de sus observaciones es que por lo general es ácida, que á veces se encuentra natural hasta en el momento de declararse la convalecencia, que ordinariamente es densa, muy colorada y pronta á alterarse por el aire, y que con mucha frecuencia, al anunciarse la convalecencia, se pone jumentosa, contiene muchas sales y bilis (Martin Solon), y forma por la adicion del ácido nítrico un precipitado al que se ha dado el nombre de *crítico.*

Se ha visto á veces adelantarse ó retardarse la *menstruacion* por la invasion de la calentura tifoidea. El *aborto* es una consecuencia desfavorable de la enfermedad, y debe temerse que esta se declare en cualquiera que sea la época del embarazo.

Cuando la enfermedad es grave, el *calor* que sigue á los escalofríos se eleva con rapidez y se hace pronto acre y urente, á veces seco, y mas comunmente va acompañado de *sudores* que no estan en relacion con la intensidad de la afeccion, y que se manifiestan principalmente hácia la tarde, despues del paróxismo y durante el sueño de la noche.

(1) *Arch. gén. de méd.*

El *pulso* suele ser pequeño y contraido en los casos graves, y en los demás ofrece por lo comun su dilatacion normal. En los casos mas graves es bastante general hallarle débil, blando, desigual, irregular y tembloroso: en cierto número de enfermos se ha notado el pulso redoblado ó *bis feriens*. En cuanto á su frecuencia, es siempre bastante considerable en los casos graves, escede casi constantemente de cien pulsaciones, y por comun se eleva á ciento veinte ó mas. En los casos ligeros suele ser inferior á ciento, y á veces es notable por su lentitud y por su regularidad, á lo menos en ciertas épocas de la enfermedad. Cuando la afeccion termina por la muerte se nota que la frecuencia del pulso va aumentando segun que se acercan los últimos momentos, y al mismo tiempo se estrecha la arteria hasta el punto que en algunos casos el pulso es filiforme y miserable.

El doctor Barth (1) ha observado *hemorragias musculares* en el curso de la calentura tifoidea, y ha citado un ejemplo muy notable de este síntoma. En tales casos aparece en una estremïdad ó en la pared anterior del abdomen un tumor sumamente doloroso formado por el foco sanguíneo.

Hé aqui espuestos los numerosos síntomas de la calentura tifoidea: ahora nos resta indicar de un modo mas fácilmente apreciable su sucesion y su encadenamiento, que es lo que nos proponemos hacer al hablar del curso de la enfermedad, despues de haber dicho cuatro palabras de la calentura tifoidea de los niños.

Calentura tifoidea de los niños. Siendo muy difícil el diagnóstico de las enfermedades en los niños, sobre todo en una época próxima al nacimiento, y debiendo colocarse bajo este punto la calentura tifoidea en primera línea, es absolutamente necesario que veamos si esta afeccion se diferencia algo en la infancia de la descripcion que acabamos de presentar. Asi pues, vamos á examinar cada síntoma en particular bajo este punto de vista, valiéndonos de los documentos que nos han proporcionado Taupin, Rilliet y Barthez, y que el profesor Louis ha consignado en su obra.

Los *dolores de vientre*, la *diarrea* y el *meteorismo* se pre-

(1) *Union médicale*, 23 de octubre de 1847.

sentan del mismo modo y casi en la misma proporcion que en los adultos. Los *vómitos* son mucho mas frecuentes al principio, y Rilliet los ha hallado en general mas numerosos y mas persistentes en los niños que han sucumbido.

El estado de la *lengua* y de las *fáuces* es el mismo, y Taupin ha visto en muchos casos dificultosa la *deglucion*.

Segun Rilliet, la *cefalalgia*, el *estupor*, la *soñolencia*, el *delirio* y los *espasmos* aparecen en los niños igualmente que en los adultos, en las mismas épocas de la enfermedad y casi en idénticas proporciones. Segun Taupin, la *postracion* es en igualdad de circunstancias algo menor en los niños. El mismo autor ha observado en casi todos los casos *dolores en los miembros*, y ha notado que cuando su duracion ha sido larga la estatura de los niños habia adquirido un *incremento* notable.

La *epistaxis*, que parecia que debia ser mas frecuente en los niños, lo es por el contrario mucho menos, puesto que Taupin solo la ha observado tres veces en ciento veintiun enfermos, y Rilliet, que la ha visto con mas frecuencia, la ha hallado sin embargo en una proporcion mucho menor que en los adultos. Solo muy pocas veces se ha notado la *sordera*, y sobre todo los *zumbidos de oidos*, lo cual sin duda depende á lo menos en gran parte de la dificultad de comprobar su existencia.

Las *manchas rosadas lenticulares* existen en la misma proporcion que en el adulto y siguen el mismo curso, solo que su evolucion parece ser un poco mas rápida y su aparicion un poco mas próxima al principio de la enfermedad. La *sudámina* no ofrece ninguna diferencia; de la *erisipela* no se ha hecho mencion, y en cuanto á las *escaras* se forman como en el adulto.

El *movimiento febril* es sensiblemente el mismo: asi se observan los escalofríos, el calor y los sudores en las mismas circunstancias, y su intensidad sigue iguales variaciones. Solo el *pulso* es un poco mas frecuente; pero como esta frecuencia proporcional ya existe en la infancia en el estado de salud, pueden considerarse los hechos como idénticos. En general se cuentan de ciento veinte á ciento cuarenta pulsaciones en los casos un poco graves y á veces muchas mas. El pulso lleno, fuerte y vibrante al principio, se hace luego pequeño, filiforme y dificil de contar despues del primer setenario, sobre todo en los niños que han de sucumbir.

Finalmente, en los *órganos respiratorios* presentan los niños los mismos síntomas que los adultos, y se observa en ellos la *retencion de orina* cuando los accidentes cerebrales son muy intensos.

En resúmen, la calentura tifoidea de los niños es casi completamente idéntica á la de los adultos, y hubiéramos podido limitarnos á esta proposicion, si no hubiésemos querido demostrar que es la consecuencia de una observacion detenida y de un exámen detallado.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Se ha considerado, y con razon, el *curso* de la enfermedad como uno de los puntos mas importantes de su historia, y este es el motivo por qué vamos á trazar rápidamente el cuadro general de esta afeccion, á fin de que pueda apreciarse bien la sucesion de los síntomas. En seguida indicaremos los períodos que se han admitido y lo que los caracteriza.

En la invasion, despues de un malestar mas ó menos prolongado y las mas veces sin malestar anterior, se notan escalofríos, cefalalgia, laxitud, quebrantamiento de miembros, anorexia, sed, dolor de vientre, y por lo comun deposiciones líquidas y mas ó menos numerosas.

El calor sigue pronto á los escalofríos y se hace permanente, exacerbándose por la tarde, con sudores frecuentes durante la noche. Hay estupor, la debilidad aumenta y se declaran el aturdimiento y los desvanecimientos.

Del sétimo al octavo dia el estupor se cambia en soñolencia, y poco despues aparece el delirio; el sueño no es reparador, es interrumpido y hay pesadillas molestas. Entonces sobrevienen la tos y los demás síntomas pulmonares, y casi por esta época es cuando se presentan las manchas rosadas lenticulares y un poco más tarde la sudámina.

Los enfermos se quejan de zumbidos y ruidos en los oidos y de sordera, aparecen en la cara placas de color rojo mas ó menos oscuro, los ojos están medio cerrados y á veces animados en el delirio; las ventanas de la nariz se secan y po-

nen pulverulentas; en los casos graves se seca la lengua, se cubre de una costra que es muy difícil sacarla, y lo mismo sucede con los labios y dientes (fuliginosidades); hay meteorismo, la diarrea hace progresos, y en cierto número de casos aparecen náuseas y vómitos.

Hasta la época de la enfermedad en que nos hallamos, el pulso ha permanecido bastante dilatado, y da ordinariamente de ciento á ciento diez pulsaciones por minuto.

Mas tarde, los fenómenos son muy distintos segun que los enfermos han de sucumbir ó se han de curar. En el primer caso la debilidad llega á ser estrema, el delirio alterna con la soñolencia y hasta con el coma, se forman escaras en diversas partes del cuerpo, el meteorismo aumenta, las deposiciones son á veces involuntarias, hay con frecuencia retencion de orina, y sobrevienen espasmos, contracturas, temblor en varias partes y carfologia. «Por último, dice Louis (1), ocurre la muerte, ó en medio del delirio, ó en una especie de calma, no habiendo perdido los enfermos el conocimiento hasta algunas horas antes, y á veces de un modo imprevisto.»

El mismo autor ha descrito con mucho cuidado lo que este observa en los enfermos de calentura tifoidea grave que se curan. «Despues de cierto tiempo, dice (2), y en una época mas ó menos distante de la invasion, que varía entre quince á cincuenta ó mas dias, segun el curso rápido ó lento de la enfermedad, disminuyen y luego cesan completamente los síntomas mas graves y mas característicos de la enfermedad, la soñolencia, el delirio y el meteorismo; el número de las deposiciones es menor; la sed menos intensa, y la lengua se limpia de la costra mas ó menos pardusca que presenta con tanta frecuencia..... La fisonomía se pone mas natural, los enfermos empiezan á fijarse en lo que les rodea, piden algunos alimentos, y parece como que en cierto modo vuelven á la vida; es una especie de resurreccion sumamente notable en algunos casos en que la mejoría ha sido muy rápida. El calor disminuye, el pulso está menos acelerado, y finalmente todas las funciones van volviendo poco á poco á su estado habitual.»

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2.ª edic., Paris, 1841, t. II, p. 423.
(2) *Lug. cit.*, t. II, p. 426.

Convalecencia. Vamos á indicar el principio de la convalecencia en cierto número de casos; pero hay algunas particularidades que es preciso tambien indicar. Un hecho que debe consignarse primeramente es que la convalecencia tiene casi siempre una duracion bastante larga, generalmente en relacion con la intensidad de la afeccion. Los enfermos quedan por cierto tiempo débiles, incapaces de dedicarse á ningun trabajo y se cansan pronto. En muchos sugetos desaparece con bastante lentitud el enflaquecimiento, que es tanto mayor cuanto mas tiempo ha durado la enfermedad, y en otros persisten ciertos síntomas que hacen la convalecencia larga y difícil. Asi algunos conservan calor, frecuencia de pulso á veces considerable y un poco de diarrea; en otros aparece esta diarrea desde que se quiere aumentar un poco la cantidad de los alimentos, y finalmente varios tienen sudores mas ó menos abundantes por la noche que los sostienen en un estado manifiesto de debilidad. Hay algunos que conservan por mas ó menos tiempo cierta debilidad de la inteligencia. Las escaras que se han formado en las diversas partes del cuerpo retardan tambien la convalecencia, y cuando son estensas la hacen larga y difícil, porque la separacion de las partes mortificadas y la supuracion mantienen á los enfermos en un estado de debilidad mas ó menos considerable.

Se ha discutido mucho acerca de la *duracion* de la calentura tifoidea, porque se ha atribuido á ciertos medicamentos una grande accion sobre su curso. No entraremos en esta discusion, y solo diremos que los casos que se han citado como curados en siete ú ocho dias es muy probable que hayan sido de calentura contínua simple, y de ello se hallan ejemplos en los escritos de muchos autores que han preconizado tratamientos especiales. A veces ha podido haber tambien errores de diagnóstico.

La duracion de la calentura tifoidea es muy diferente segun los casos: en los ligeros varía de catorce á veinte ó venticinco dias, y en los graves es de veinte, treinta y cinco, cuarenta y á veces muchos mas.

La calentura tifoidea es una de las enfermedades agudas

(1) *Archives de médecine.*

cuya *terminacion* es con mas frecuencia fatal, y hay casos en que los síntomas tienen tal intensidad que los enfermos sucumben en seis, ocho ó diez dias; pero estos casos son raros, pues lo mas comun es que ocurra la muerte del dia catorce al treinta.

La erisipela, la inflamacion seudomembranosa de las vias aéreas, el edema de la glotis y la supuracion de la faringe aceleran la muerte ó la causan por sí mismas. Vigla ha citado un caso de muerte por rotura del bazo (1). Es raro que las escaras sean bastante considerables para producir el mismo efecto; pero no faltan ejemplos de esto. En un corto número de sugetos hay un accidente terrible que es el que causa la muerte; hablamos de la *perforacion del intestino*, de la cual resulta una peritonitis sobreaguda que comunmente arrebata á los enfermos con rapidez, y de la cual no debo ocuparme aqui porque la he descrito estensamente en otra parte de esta obra (véase art. *Peritonitis*). En algunos casos acaece repentinamente la muerte ó de cualquier otro modo imprevisto.

§. V.

FORMAS DE LA ENFERMEDAD.

En la época en que se empezó á sustituir el nombre de *fiebre tifoidea* á otras denominacionss de las fiebres graves, era importante ocuparse de los diversos aspectos ó fisonomías diversas que puede presentar esta enfermedad. En efecto, era preciso demostrar que estas fiebres designadas con los nombres de calentura *inflamatoria*, *biliosa*, *mucosa*, *nerviosa* ó *adinámica*, no son otra cosa que la calentura tifoidea; y un buen medio de demostrarlo era el hacer ver que esta se presenta con todos los caracteres de estas diversas calenturas. Pero en el dia que ya no se necesita demostrar este hecho, todas estas distinciones de formas no pueden verdaderamente interesar si no tienen una utilidad práctica real, y si no tienden á hacer perder de vista los caracteres generales de la calentura tifoidea. Ahora bien, esto es lo que se trata de examinar.

(1) Véase t. III, art. *Peritonitis*.

Chomel admite cinco formas en la calentura tifoidea, que son las que acabo de mencionar hace poco. La primera es la *calentura tifoidea inflamatoria*, la cual existe sobre todo *al principio*, y está caracterizada por la plenitud, la frecuencia del pulso, el calor, etc. ¿Quién no conoce desde luego que una forma que no se manifiesta sino al principio tiene algo de singular? ¿Podrá la enfermedad tener todas las formas, al principio inflamatoria, mas tarde biliosa, mas adelante todavía nerviosa, y en fin, la adinámica? Es evidente que estas distinciones son de poquísimo interés. Pero todavía hay mas, y es que aun cuando los enfermos tienen todos los síntomas que acabo de indicar, ¿no estan notablemente debilitados? Hay ya adinamia. ¿No tienen tambien vértigos, agitacion y ensueños? Hay igualmente ataxia. ¿Pero no tienen la boca pastosa, náuseas y á veces vómitos? Hé aqui el carácter bilioso. Aun pudiera yo revisar sucesivamente todos los estados que se han señalado como característicos de las formas particulares, y siempre encontraria los síntomas de la calentura tifoidea, que se hallan en ella reunidos en un grado mas ó menos elevado, y que si á primera vista hay algunos que parecen hallarse enmascarados por los otros, un exámen algo atento los hace descubrir bien pronto. Examínese, por ejemplo, un enfermo en la *ataxia* mas completa, ó bien un caso de que se pueda citar como un ejemplo de *calentura nerviosa*, pues que las vias digestivas no presentan por su parte síntomas de calentura mucosa. ¿No se halla el enfermo débil, con temblor en las piernas y sin poderse sostener si está de pie, ó acostado de espaldas, fuera de los momentos del paroxismo del delirio? ¿No se ve tambien aumentado el calor de la piel?

Hé aqui, á mi parecer, lo suficiente para demostrar que estas distinciones no son muy útiles. Mucho mejor es penetrarse de esta verdad, á saber: que todos los principales síntomas existen en un grado variable, y estudiar bien despues el curso de la enfermedad que nos enseña en qué época adquieren incremento ó desaparecen. Por consiguiente no haré mas que mencionar las formas *cerebral*, *abdominal* y *pectoral* (Littre), á las que sus nombres dan bastante á conocer. En cuanto á las formas *siderante* y *artrítica* estan fundadas en circunstancias de mediano interés.

La *forma remitente* no tiene con frecuencia otro carácter que el de presentar por la tarde paroxismos mas fuertes que de ordinario. No cede al sulfato de quinina, y por consiguiente es necesario guardarse de confundirla con la calentura remitente propiamente dicha, de que hablaré en otro artículo.

En algunos casos raros, la enfermedad no ofrece sino síntomas muy ligeros y que permiten á los enfermos entregarse mas ó menos bien á sus ocupaciones durante bastante tiempo; esta es la *forma latente* ó *insidiosa*.

§. VI.

LESIONES ANATÓMICAS.

Las *lesiones anatómicas* han sido descritas con sumo cuidado, primero por Louis y luego por un considerable número de autores; pero solo daré aqui un breve resúmen de sus investigaciones.

Empecemos por la lesion principal, la de las glándulas de Peyer. Estas glándulas pueden estar alteradas de dos maneras diferentes: unas veces las placas se presentan rojas, hinchadas, con un reblandecimiento notable de la membrana mucosa y del tejido submucoso, esto es, lo que se ha llamado *placas blandas* (Louis) ó *reticuladas* (Chomel). Otras, por el contrario, presentan una dureza notable; el tejido submucoso, en una parte de la placa ó en toda su estension, está trasformado en una materia homogénea, sin organizacion aparente, reluciente al corte y mas ó menos resistente ó desmenuzable; en cuanto á la membrana mucosa presenta las mismas alteraciones que en el caso precedente: esta segunda forma de la lesion de las placas es á la que se ha dado el nombre de *dura* (Louis) ó de *relieve* (Chomel).

Esta alteracion no es mas que el preludio de una lesion mas profunda que no tarda en sobrevenir: quiero hablar de la ulceracion; esta, perfectamente circunscrita en los límites de las placas, presenta variedades de estension, profundidad, color, etc., que seria demasiado largo describir en este lugar. Unicamente añadiré aqui que estas alteraciones de las placas se encuentran hácia el fin del ileon; que cuando son nume-

rosas alli es donde se encuentran mas; que cuando solo hay algunas, tambien es alli donde se las ve; de suerte que su sitio está perfectamente determinado. Igualmente solo diré unas palabras acerca de la terminacion de las úlceras: unas veces se cicatrizan, segun se ha observado en la abertura de sugetos que sucumbieron en un período avanzado de la enfermedad; otras, pero mas rara vez, el intestino está enteramente perforado, y las materias que contenia dan lugar, derramándose, á una peritonitis sumamente aguda. En cierto número de casos se encuentran los folículos de Brunner alterados de la misma manera, y esto no solo al fin del intestino delgado sino aun en el intestino grueso.

El primer grado de la alteracion de las placas se ha manifestado desde el quinto á el sesto dia (Bretonneau, Andral), ó á lo menos hácia el sétimo ó el octavo (Louis, Chomel). E. Boudet (1) ha observado un caso de muerte sobrevenida en menos de seis dias, y que presentaba úlceras intestinales profundas.

Se encuentran además en el intestino delgado signos de inflamacion de la musosa; pero estan lejos de ser constantes.

Las *glándulas mesentéricas* que corresponden á las placas afectadas presentan tambien alteraciones notables: estan hinchadas, mas ó menos rojas, reblandecidas, y con frecuencia presentan una supuracion manifiesta. Lo que prueba que estas alteraciones estan en relacion directa con las del intestino, es que las glándulas se hallan tanto mas alteradas cuanto mas cerca se hallan de la válvula ileocecal, á donde las placas son mas fuertemente atacadas; si estas no se hallan todavía ulceradas, los ganglios mesentéricos no estan mas que reblandecidos, al paso que su supuracion, por puntos amarillos diseminados ó por pequeños focos, corresponde á la ulceracion de las placas. Por último, cuando ha habido movimiento retrógrado en la lesion intestinal, se encuentra una cosa semejante en la lesion mesentérica.

El bazo está alterado, hinchado, á veces considerablemente reblandecido, reduciéndose á papilla. No se le encuentra en el estado normal sino cuando los sugetos han sucumbido muy tarde.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1846, t. IX, p. 161.

Se encuentran úlceras en la faringe, en el esófago, en el estómago y en el intestino grueso; pero el engrosamiento, el reblandecimiento de la mucosa estomacal, de los ganglios cervicales, del hígado y riñonés, solo se presentan en cierto número de casos.

En algunos sugetos se encuentran falsas membranas en las vias aéreas y sobre la epiglotis, y en otros se ve un edema de la glotis.

La esplenizacion y la hepatizacion de los pulmones son lesiones mucho mas frecuentes, pero poco estensas.

Se ven sobre la piel los vestigios de las lesiones indicadas en la descripcion de los síntomas. Algunas veces se encuentran falsas membranas delgadas sobre la aracnoides, y cierto grado de reblandecimiento del cerebro. Mas arriba he indicado la gangrena de la vejiga.

No llevaré mas adelante esta descripcion, porque creo que es mucho mejor examinar rápidamente el valor de la lesion principal, es decir, de las ulceraciones de las glándulas de Peyer.

¿Cuál es la lesion caracteristica de la calentura tifoidea? Hace algunos años que se suscitó una discusion acerca del valor de los caracteres anatómicos de la calentura tifoidea, y algunos autores, reuniendo cierto número de casos en los que se habia creido ver los síntomas de la calentura tifoidea, y que no presentaban la lesion característica de las glándulas de Peyer, sostuvieron la opinion de que no siendo constante esta lesion, no podia considerarse como esencial. No habiéndose desmentido desde entonces la constancia de esta alteracion, la discusion pierde su importancia, y bastará un corto número de esplicaciones.

En otra parte he tratado de esta cuestion (1) sometiendo los hechos á un exámen riguroso, y hé aqui lo que ha resultado de este exámen. Louis ha citado una observacion (obs. 52) en la que se referian muy bien los síntomas á la calentura tifoidea, y sin embargo no se encontró en la autopsia ninguna lesion de las glándulas de Peyer; Andral ha re-

(1) *Arch. gén. de méd.*, *Consid. sur la fièvre tiphoïde*, etc., 3.ª série, 1849, t. V, p. 75.

ferido un caso casi semejante, y además ha reunido nueve observaciones que presentaban lo que se ha llamado el *estado tifoideo;* pero en las cuales se encontraban lesiones particulares, tales como la flebitis, una erisipela gangrenosa, etc. Ya he demostrado que era necesario dejar á un lado estas observaciones, que no podian tomarse por calenturas tifoideas. Quedan pues las dos primeras. No discutiré aqui su valor, y me limitaré á decir que ha habido en estos dos casos un error casi inevitable de diagnóstico. Esta es en efecto la deduccion que he hecho, y lo que ha pasado desde esta época ha probado cuán exacta era esta conclusion. Efectivamente, haciéndose el diagnóstico de la calentura tifoidea de cada vez mas seguro, no se han encontrado ya casos semejantes, y constantemente la lesion característica de las glándulas de Peyer ha venido á manifestar que constituye realmente un carácter anatómico esencial de esta afeccion.

Es verdad que Lombard y algunos médicos ingleses han citado numerosos casos en los que faltaba la alteracion de las glándulas de Peyer; pero tambien en el dia está demostrado, y este es un punto que sentaré mas adelante (1), que se trataba en estos casos de una enfermedad particular, diferente de la calentura tifoidea, y en la cual la falta de la lesion intestinal es un carácter negativo tan esencial como aquel de que acabamos de hablar lo es de una manera positiva en la enfermedad de que tratamos. Asi es como Louis ha considerado los hechos en su segunda edicion, y esta opinion ha sido adoptada por los autores que han escrito posteriormente. Por mi parte añadiré que Chomel ha encontrado constantemente alteradas las placas de Peyer, y lo mismo ha sucedido á un gran número de médicos.

§. VII.

RELACION DE LAS LESIONES Y DE LOS SINTOMAS; NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD.

Se ha escrito mucho para demostrar que en la calentura tifoidea no hay una relacion directa entre las lesiones y los sín-

(1) Véase el artículo *Typhus fever*.

tomas, y de esta opinion emitida se ha deducido que la lesion que la caracteriza es secundaria, y en segundo lugar, que es una enfermedad primitivamente general de la misma naturaleza que las calenturas eruptivas. Decimos desde luego que hay mucha exageracion en esta manera de interpretar los hechos, porque en efecto, si se analizan con cuidado las observaciones, como lo ha hecho Louis, se halla que en la mayor parte de los casos las lesiones corresponden muy bien con los síntomas: asi pues vemos que los fenómenos abdominales se manifiestan desde el principio de la enfermedad, al mismo tiempo que empiezan á alterarse las placas; que los síntomas generales son tanto mas violentos cuanto mas profundas y mas estensas son las alteraciones intestinales; que estas adquieren incremento á medida que aumentan los síntomas generales, y por último, nuevos síntomas locales vienen á corresponder al desarrollo de las numerosas lesiones secundarias que se han indicado mas arriba. ¿Sucede acaso de otro modo en las flegmasias comunes? Es cierto que en algunos casos se han visto corresponder síntomas muy intensos á la ulceracion de un corto número de placas; pero esto es lo que vemos todavía en las flegmasias ordinarias, que algunas veces dan lugar á los fenómenos mas violentos, aunque la lesion local sea poco estensa. ¿Se deberá pues deducir que la calentura tifoidea no es mas que una simple flegmasia? Esto es lo que han dicho los médicos que la han dado el nombre de *enteritis foliculosa;* pero como ha hecho notar Louis (1), se aparta de las mas de las enfermedades agudas por su duracion generalmente larga, porque se puede propagar por via de contagio, y porque no ataca al mismo individuo mas de una vez en la vida. Por otra parte, el mismo autor (pág. 515) hace notar que se diferencia de las afecciones eruptivas por su desarrollo generalmente espontáneo, y porque la lesion que le es propia tiene, en la mayor parte de los casos, mas gravedad y está mas en relacion con los síntomas, que las que caracterizan estas afecciones.

Por último, Louis, despues de una discusion profunda, deduce esta proposicion general: «Se diferencia (la calentura tifoidea) de todas las enfermedades agudas inflamatorias, erup-

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, t. II, p. 516.

tivas ó no, por el carácter y el número de los síntomas que la pertenecen, síntomas que no se diferencian sino en el grado en los casos graves y en los leves; por la doble facultad que tiene de poder desarrollarse espontáneamente y por contagio; por los límites de la edad, despues de la cual no se la observa ya, al paso que las demás afecciones agudas tienen lugar en todas las épocas de la existencia, aunque en variadas proporciones; por la constante regularidad de la lesion, que la es esencial, y que empieza siempre por el mismo punto, lo que no se verifica en el mismo grado en ninguna otra afeccion; por el número de sus lesiones, y sobre todo por la tendencia á la ulceracion, y no diré por el estado de los líquidos, puesto que está demostrado que la alteracion de la sangre nada tiene que sea propio de la afeccion tifoidea, á lo menos segun resulta de los hechos que conocemos hasta el presente.»

Se ve pues que la calentura tifoidea es una afeccion de una naturaleza particular, y solo forzando las analogías, es como se la asemeja ya á las flegmasias, ya á las calenturas eruptivas.

§. VIII.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El *diagnóstico* de la calentura tifoidea se ha hecho, como he dicho anteriormente, bastante seguro para que sea muy limitado el número de casos en que es posible el error del diagnóstico; pero ya hemos visto tambien que algunas veces los médicos mas hábiles encuentran dificultades insuperables, y por otro lado la multiplicidad de los síntomas de la calentura tifoidea le da tantos puntos de contacto con las demás enfermedades, que este punto de su historia exige algunos detalles. Yo creo que es útil estudiar, como lo ha hecho Chomel, el diagnóstico al principio de la afeccion, hácia la mitád de su curso y en una época mas adelantada.

Todos convienen en que al *principio* es con frecuencia muy dificil establecer el diagnóstico diferencial de la calentura tifoidea, y asi es prudente no fallar de una manera absoluta. Sin embargo, dice el autor que acabo de citar, y se debe recono-

cer la exactitud de su proposicion, que hay entonces un gran número de casos en los que desde los primeros dias se puede sospechar la naturaleza de la enfermedad. En efecto, si la invasion se verifica repentinamente, si á los fenómenos febriles pronunciados que se manifiestan sin causa apreciable se agrega una cefalalgia permanente, con desvanecimiento y vacilacion al andar y al estar de pie en un sugeto colocado en las condiciones de edad indicadas, sobre todo si habita desde poco tiempo una gran ciudad, y si hay motivo para creer que no ha tenido todavía la calentura tifoidea, será sumamente probable que se halla atacado de esta enfermedad. Esta sospecha adquirirá la mayor importancia si á estos primeros fenómenos se ve agregarse sucesivamente, y desde el segundo ó el tercer dia, como sucede con frecuencia, algunos de los demás síntomas que son comunes á un gran número de enfermedades; tales como la diarrea, la postracion, un principio de estupor y una ó mas hemorragias nasales.

Si investigamos ahora cuáles son las afecciones con las que se pudiera confundir la enfermedad en esta época, hallamos en primer lugar el *pasmo*, las diversas *calenturas eruptivas* y la mayor parte de las enfermedades agudas incipientes, cuando los síntomas locales no han adquirido bastante intensidad para esplicar la violencia de los síntomas generales, y con mayor razon aun cuando todavía no se han presentado. Dejo á un lado estos últimos hechos, porque el querer revisarlos seria entrar en pormenores interminables; asi básteme decir, que un examen atento y diario hace bien pronto descubrir la lesion local que desvanece todas las dudas, y que por otra parte la calentura tifoidea es siempre notable por la multiplicidad de sus síntomas.

El dignóstico entre la calentura tifoidea y las *calenturas eruptivas*, en el período de invasion, es con frecuencia dificil; lo que servirá mejor de guia es en el *sarampion*, la coriza y la bronquitis; en la *escarlatina*, la angina; en la *viruela* los dolores lumbares, abdominales y pectorales, y en todas la falta de síntomas abdominales que se encuentran en la calentura tifoidea. Pero sabemos en la actualidad que los primeros síntomas pueden faltar y existir los segundos, y hay por consiguiente siempre cierto número de casos muy oscuros. Por lo demás, advertiremos

que no se trata aqui sino de las calenturas eruptivas de grande intensidad, porque en los casos leves los síntomas nerviosos y la postracion son mucho menos marcados que en la calentura tifoidea; el estupor falta igualmente que los síntomas abdominales.

En cuanto á la *calentura efímera* ó *pasmo* puede dar lugar á síntomas bastante intensos; pero no á los fenómenos nerviosos indicados mas arriba, y por otra parte doce, veinticuatro ó á lo mas treinta y seis horas bastan para desvanecer todas las dudas.

En algunos casos la calentura tifoidea empieza como una *calentura intermitente*, de lo cual ha citado Louis un caso de este género, y yo he visto uno semejante en el hospital Beanjon. En semejante circunstancia es necesario esperar cierto tiempo antes de fallar, pues ordinariamente no tardan en presentarse los síntomas característicos de la calentura tifoidea.

En una época mas avanzada de la enfermedad, en el período medio, segun la division de Chomel, se pudiera confundir la calentura tifoidea con una afeccion cerebral ó meníngea, ó bien con cualquiera otra afeccion febril grave que dé lugar á síntomas cerebrales mas ó menos intensos. Bien se conoce que seria imposible revisar todas estas enfermedades, y solo por un exámen atento de todos los órganos y de todas las funciones es como se llega á formar el diagnóstico de las afecciones abdominales, pectorales ú otras que simulan mas ó menos bien la calentura tifoidea. Con este motivo no puedo menos de decir dos palabras acerca del *estado tifoideo* de que tanto se ha hablado. Este estado tifoideo no es otra cosa que el conjunto de fenómenos febriles agudos que pueden presentar afecciones muy diversas. Estos fenómenos son síntomas comunes, y no es en ellos en los que se debe fundar el diagnóstico. Si se les ha dado el nombre de estado tifoideo, es únicamente porque la afeccion tifoidea los presenta en general en mas alto grado que las demás afecciones agudas. Pero lo que distingue verdaderamente la calentura tifoidea es el curso de estos síntomas, es el estupor y los fenómenos nerviosos, aun cuando la enfermedad no parezca haber llegado á un alto grado de gravedad; es la grande postracion en las mismas circunstancias, la gran frecuencia de la epistaxis, la presencia de manchas lenticulares de color de rosa, los síntomas abdominales, el meteorismo y la sudámina.

En efecto, si se encuentran algunas veces síntomas en las demás afecciones, es solo en casos raros y aun no se hallan reunidos.

Las mismas reflexiones se aplican á las *calenturas remitentes, seudocontínuas* y al *tiphus fever*, de que hablaré mas adelante. En cuanto al *tifo hospitalario* ó *nosocomial* ya me esplicaré sobre este punto en el artículo siguiente.

Despues de estas generalidades, que me parecen suficientes, me resta dar el diagnóstico de la calentura tifoidea, de la *enteritis* y de la *calentura simple contínua*. En efecto, no basta investigar si estas últimas enfermedades se diferencian de la primera en tal ó cual período, sino que es necesario asegurarse de que sus síntomas se diferencian en todas las épocas de los de la calentura tifoidea.

El diagnóstico diferencial de la calentura tifoidea y de la *enteritis* no tiene ya la misma importancia que tenia en la época en que Broussais opinaba que la calentura tifoidea no era mas que una enteritis violenta. En la actualidad todo el mundo conviene en que hay otra cosa que una enteritis comun, y los que consideran todavía la afeccion como una inflamacion intestinal, reconocen por lo menos que tiene alguna cosa enteramente especial. Sin embargo, es bueno consignar aqui brevemente este diagnóstico, que Louis (1) ha espuesto con el mayor esmero.

En la *enteritis*, la diarrea es mayor y cede con suma prontitud, los dolores de vientre son igualmente mas intensos y desaparecen mas pronto, y en cierto número de casos hay tenesmo. Falta casi constantemente el meteorismo, y si existe es ligero y se desvanece prontamente. El bazo no está hinchado. En el mayor número de casos no se ha perdido el apetito, la lengua apenas está blanquecina, la faringe se halla en estado normal, casi nunca existe cefalalgia, y en el caso contrario es leve, no hay soñolencia, la inteligencia está intacta, no se observa postracion, ni desvanecimientos, ni espasmos, ni zumbidos de oidos; el oido y la vista estan naturales y no se notan ni epistaxis, ni sudámina, ni manchas rosadas lenticulares. Apenas se observan ligeros escalofríos en

(1) *Examen de l' examen de Broussais*, etc.; Paris, 1834.

algunos casos, poco ó nada de calor. El pulso presenta de cincuenta á setenta pulsaciones y rara vez ochenta. La duracion es de tres á cuatro dias, á contar desde la entrada de los enfermos en el hospital. La enteritis ataca á todas las edades, y no causa la muerte. No tengo necesidad de recordar los síntomas de la calentura tifoidea para ver cuánto se diferencian, y ya los compararé con los que acabo de enumerar en el cuadro sinóptico.

Los signos diagnósticos de la *calentura simple continua* han sido espuestos con mucho cuidado por Davasse (1). Voy á indicar rápidamente los principales: en la calentura simple contínua el pulso es lleno, frecuente y de una regularidad perfecta en todas las épocas de la enfermedad; el calor de la piel nunca es acre ni abrasador; no hay estupor ni postracion considerable; no hay manchas rosadas lenticulares y solô la lengua está blanca ó amarillenta; no hay fuliginosidades; los síntomas abdominales son nulos ó leves; tampoco hay escalofríos ó son raros y ligeros; la invasion es brusca, y se logra la curacion sin haber convalecencia.

Prus á continuacion de su *Informe á la Academia de medicina sobre la peste*, ha espuesto del modo siguiente el diagnóstico diferencial de la peste y de la calentura tifoidea (2):

«En la calentura tifoidea hay prodromos, pero no en la peste; en la calentura tifoidea hay diarrea, y no la hay en la peste; en la calentura tifoidea hay manchas lenticulares, lo que no sucede en la peste; en la calentura tifoidea hay meteorismo y ruido de tripas en la fosa iliaca derecha y faltan en la peste.

»En la peste hay bubones, y los bubones son muy raros, y del todo escepcionales en la calentura tifoidea; en la peste hay petequias, y son raras en la calentura tifoidea; en la peste hay infartos de los ganglios linfáticos en todo el cuerpo, equímosis en el pericardio, en las pleuras, etc.; en la calentura tifoidea solo hay infarto en los ganglios mesentéricos y accidentalmente en las demás partes, en fin, hay erupciones y ulceraciones intestinales.»

Ahora solo tendria que hablar de ciertas *flebitis* y de la *reabsorcion purulenta;* pero en el mayor número de casos siendo

(1) *Des fièvres éphémères et synoque;* Tésis, Paris, 1847.
(2) *Bulletin de l' Académie de médecine;* Paris, 1847, t. XII, p. 1042.

el punto de partida de estas enfermedades una herida ó una llaga cualquiera, no es fácil equivocarse, y en cuanto á los demás bastará recurrir al artículo en que he hablado de la infeccion purulenta (1).

Finalmente, como he dicho mas arriba, hay casos de *calentura tifoidea latente*, y aun en algunos de estos casos, cualquiera que fuese su benignidad aparente, se ha visto sobrevenir un accidente mortal, cual es la *perforacion intestinal*. Es evidente que faltando la mayor parte de los síntomas, estos casos presentan siempre grandes dificultades, y sin embargo, se puede llegar siempre á formar el diagnóstico teniendo en cuenta la larga duracion de los síntomas; en efecto, se debe decir con Chomel que se debe sospechar que existe una calentura tifoidea cuando hay un movimiento febril que no se esplica por ninguna lesion apreciable, cuando dura mas de ocho ó diez dias y esto por ligero que sea.

CUADRO SINOPTICO DEL DIAGNOSTICO.

1.° *Signos distintivos de la calentura tifoidea y de la enteritis simple.*

CALENTURA TIFOIDEA.	ENTERITIS.
Diarrea *moderada; pero de larga duracion.*	Diarrea generalmente *considerable; pero que cede fácilmente á un tratamiento sencillo.*
Dolores de vientre *poco intensos que duran largo tiempo.*	Dolores de vientre *vivos, que ceden prontamente.*
No hay tenesmo.	A veces hay *tenesmo.*
Meteorismo.	Meteorismo *escesivamente raro, siempre ligero y de corta duracion.*
Bazo *hinchado, á veces doloroso.*	Bazo en estado *normal.*
Anorexia.	Las mas veces *se conserva el apetito.*
Lengua *seca, parda y resquebrajada*, etc.	Lengua solo *blanquecina.*

(1) Véase el artículo *Flebitis.*

La faringe *presenta con frecuencia lesiones.*	La faringe se halla en estado *normal.*
Cefalalgia *constante.*	Cefalalgia *rara* y *leve.*
Postracion, soñolencia, desvanecimiento y zumbidos de oidos, espasmos y epistaxis.	*No se observa ninguno de estos síntomas.*
Manchas lenticulares de color de rosa; sudámina.	*Faltan estos síntomas.*
Aparato febril *mas ó menos intenso.*	El aparato febril es *nulo ó muy ligero.*
Duracion siempre *mas ó menos larga.*	Duracion que se *acorta* por un tratamiento simple.
Mortalidad siempre *notable.*	*Ninguna* mortalidad.

2.° *Signos distintivos de la calentura tifoidea y de la calentura simple contínua.*

CALENTURA TIFOIDEA.	CALENTURA SIMPLE CONTÍNUA.
Pulso en una época avanzada de la enfermedad, *pequeño*, *débil* y á *veces intermitente.*	Pulso siempre *lleno* y *regular.*
Calor con frecuencia *acre, quemante* y *molesto para el enfermo.*	Calor *moderado, suave, no molesto para el enfermo.*
Estupor, *postracion* y *manchas lenticulares de color de rosa.*	*Ninguno de estos síntomas.*
Lengua *seca*, *parda y resquebrajada*, etc.	Lengua *solo blanquecina.*
Síntomas abdominales *notables.*	Síntomas abdominales *nulos* ó *ligeros.*
Hay escalofríos al principio de la enfermedad.	*Faltan los* escalofríos, *ó son raros y ligeros.*
Invasion *progresiva.*	Invasion *brusca.*
Convalecencia *mas* ó *menos larga.*	*No hay* convalecencia.

Pronóstico. Si queremos establecer el pronóstico de un modo general, podemos decir que la calentura tifoidea es una enfermedad grave, porque en todas las estadísticas, aun en aquellas que se han dado como mas favorables á ciertos tratamientos, la mortalidad es notable. Pero los casos de calentura ti-

foidea se presentan con un aparato de síntomas tan variable bajo el punto de vista de la gravedad, que esta proposicion general es de muy poca importancia y es necesario entrar en pormenores. Habiendo examinado Louis separadamente estos síntomas en los sugetos que han muerto y en los que han curado, nada ha dejado que hacer bajo este punto de vista á los que le han sucedido, y nada mas tenemos que hacer que tomar de él sus conclusiones.

Una diarrea abundante y persistente y evacuaciones involuntarias anuncian mucha gravedad de la afeccion. Las hemorragias intestinales presentan todavía mas peligro. El meteorismo muy considerable es un síntoma peligroso. Lo mismo sucede con la disfagia, la soñolencia y el delirio que se manifiesta al principio de la enfermedad, con cierta perversion de la inteligencia, que hace decir á los enfermos que se encuentran bien, con los espasmos, y sobre todo con la contraccion permanente de los miembros. La estrema postracion, la aparicion de la erisipela y las escaras de la piel son tambien de funesto agüero.

Entre los síntomas que se acaban de enumerar no los hay mas graves que los espasmos y las contracturas; pero aun estos no anuncian necesariamente una terminacion funesta, y por otra parte se ven sugetos en que no han aparecido estos últimos síntomas, y que han presentado los demás en un ligero grado, sucumbir al cabo de un tiempo mas ó menos largo. Esto es lo que ha hecho decir con razon á todos los autores que han estudiado la calentura tifoidea, que no hay enfermedad aguda en la que se deba guardar mayor reserva en el pronóstico.

Cuando el pulso se hace filiforme, muy frecuente y miserable, cuando es intermitente y desigual, y cuando la postracion es estrema, la soñolencia contínua y se halla abolida la inteligencia, es inminente la muerte.

El pronóstico es menos grave antes de la edad de quince años que despues de esta edad. Esto es lo que resulta de las investigaciones de Taupin, Barthez y Rilliet.

§. IX.

TRATAMIENTO.

En estos últimos años se han suscitado discusiones muy vivas á propósito del *tratamiento* de la calentura tifoidea. Se han elogiado muchas medicaciones con entusiasmo, y se han citado, analizado é interpretado numerosos hechos en favor de las opiniones mas diversas. No puedo entrar en todos los pormenores que atañen á las graves cuestiones que se refieren á este punto de patologia, y solo diré que he examinado atentamente los hechos, que he estudiado los argumentos presentados por una y otra parte, y lo que voy á decir es el resultado de este atento estudio.

Emisiones sanguíneas. En primer lugar debemos ocuparnos de las *emisiones sanguíneas moderadas*, tales como las aconsejaban Louis y Chomel antes de estos últimos años (1). Resulta de los hechos recogidos por el primero de estos autores, que la influencia de la *sangría moderada* es muy limitada, y que sin embargo algunos enfermos esperimentan alivio. Algunos médicos, y en particular Delarroque (2) han dicho que la sangría produce siempre malos efectos en la calentura tifoidea, pero nada prueba la exactitud de esta asercion. Casi todos los prácticos admiten solamente que las sangrías demasiado abundantes pueden ser perjudiciales; pero vamos á ver que Bouillaud es de una opinion enteramente opuesta. Cuando hay una cefalalgia muy viva ó un dolor violento en el epigastrio ó en el abdomen, muchos médicos tienen la costumbre de aplicar algunas *sanguijuelas* al cuello ó á los puntos dolorosos. En cierto número de casos este medio produce alivio; pero

(1) Es necesario no olvidar que exprofeso no hago uso de los documentos que nos han suministrado nuestros antepasados. Siendo su diagnóstico incierto, no se podria tener en consideracion sus deducciones terapéuticas, y no puedo admitir con Forget (*Traité de la enterite folliculeuse*, Paris, 1841, p. 558) que haya la menor utilidad en *consultar*, bajo este aspecto, *los oráculos de la historia*. No digo mas, pues habria un peligro real.

(2) *Traité de la fièvre typhoïde*; Paris, 1847.

nada prueba que tenga la menor accion sobre la duracion y el éxito de la enfermedad.

Sangrías repetidas á cortos intervalos. Bouillaud ha elogiado con mucho entusiasmo en varios escritos (1) las sangrías repetidas á cortos intervalos segun la fórmula que usa en la pulmonía y en el reumatismo articular agudo. Ha citado muchas categorías de hechos para probar que por su tratamiento se disminuye mucho la mortalidad, y haciendo sobre este punto cálculos singulares, ha dicho que el no adoptar su método causaba todos los años la muerte de un inmenso número de enfermos. El exámen de los hechos que ha publicado manifiesta bien cuán exageradas y aun erróneas son estas opiniones. En efecto, la análisis que de ellos han dado muchos médicos prueba: 1.° Que Bouillaud ha dejado á un lado los casos desesperados ó que le parecian ser tales, lo que nadie hace; 2.° que ha incluido entre los casos de fiebre tifoidea tratados por él, algunas afecciones estrañas y de segura curacion. Ahora bien, ¿es de admirar que en semejantes condiciones sea menor la mortalidad? 3.° Añadamos que resulta de las investigaciones de Davasse que estos casos de calentura tifoidea que se ha hecho abortar en algunos dias, y de que tanto se ha hablado, no son otra cosa que *calenturas simples contínuas*, cuya curacion se verifica naturalmente del sétimo al octavo dia, y sabremos á qué atribuir esta escasa mortalidad y esta corta duracion de la enfermedad anunciadas por Bouillaud.

Forget (2) es partidario de las emisiones sanguíneas, pero distingue los casos; no emplea la sangría general con gran abundancia sino en la forma inflamatoria (porque admite tambien formas de las que saca sus indicaciones); quiere que el médico sea parco en la sangría en la mayor parte de las circunstancias, y además se contenta con formular proposiciones sin analizar los hechos.

Resulta de lo que precede, que nada prueba que la sangría tenga la gran eficacia que se le ha atribuido, y que la sangría moderada tiene muy poca accion.

Vomitivos y purgantes. Por los motivos indicados mas arri-

(1) *Clinique de l' hôpital de la Charité*; Paris, 1837, t. I, p. 333.—*Philosophie médicale*; Paris, 1836.

(2) *Traité de l' entérite folliculeuse.*

ba, no me remontaré para estudiar el uso de los evacuantes mas allá de la época en que Delarroque ha preconizado estos medios contra la calentura tifoidea. Sé muy bien que esta medicacion se usaba hacía ya largo tiempo, y que el mismo Delarroque reconoce que ha sacado la idea de su tratamiento en los escritos de algunos autores de los últimos siglos, y principalmente de Stoll; pero si se pueden sacar de estos escritos semejantes inspiraciones, no es para estar autorizado por los hechos que contienen ó que en ellos se hallan consignados para juzgar de la eficacia de los remedios. Por consiguiente, no debemos tener en consideracion sino á los que se han recogido desde la época en que se ha establecido bien el diagnóstico de la calentura tifoidea. Hace algunos años que Beau publicó los resultados obtenidos por el uso de los evacuantes en la clínica de Delarroque en el hospital Necker, y halló que la mortalidad habia sido solo de una décima parte. Poco tiempo despues dió á conocer Delarroque los mismos hechos (1), y muy recientemente (2) ha publicado una obra principalmente destinada á demostrar que la calentura tifoidea es la alteracion de la bilis, y que el método evacuante tiene una superioridad marcada sobre todos los demás.

Al presente no podemos ocuparnos aqui de esta teoría. Lo que nos importa reconocer son los efectos de esta medicacion; pero nos vemos detenidos al primer paso, porque Delarroque no nos ha dado una exacta análisis de sus observaciones, y acabamos de ver cuán necesario es este elemento del problema. Delarroque no ha creido debia citar mas que un número muy limitado de casos leves; pero ¿quién nos dirá si en estos casos leves no se encuentran algunas de esas calenturas que se curan tan pronto? ¿Y cómo sabremos cuál ha sido la mortalidad y la verdadera duracion de la enfermedad?

Piedagnel y Andral han usado los purgantes. En los casos citados por el primero, la mortalidad ha sido de cerca de un sétimo, y en los que ha referido Andral ha sido la de un sesto.

Los hechos recogidos por Barth (3) en la clínica de Louis en

(1) Véase el Informe de Andral á la Academia de Medicina, y la discusion á que dió lugar (*Bull. de l' Acad. de méd.*; Paris, 1837, t. I, p. 482).

(2) *Traité de la fièvre typhoïde;* Paris, 1847.

(3) *Presse médicale*, enero de 1837.

el hospital de la Piedad, han sido sometidos á una rigurosa análisis, y los casos que se podian referir á otra afeccion, ó mas bien que no tenian suficientemente los caracteres de la calentura tifoidea, han sido eliminados. Ahora bien, en estos casos la mortalidad ha sido menos de una décima parte, resultado tanto mas digno de notarse cuanto que en la misma division de cien enfermos tratados por las sangrías moderadas, el agua de Seltz y las lavativas emolientes, la mortalidad habia sido de cerca de un octavo.

Desde que se han publicado estos hechos muchos médicos han puesto en uso los purgantes; pero no se han publicado noticias estadísticas importantes sobre esta materia. A la verdad esto es de sentir, porque cuando se trata de lo que conviene hacer para combatir la calentura tifoidea, es absolutamente necesario tener un gran número de hechos. Efectivamente, todos convienen en que en esta enfermedad hay casos necesariamente mortales; otros por el contrario son bastante leves para no amenazar la existencia sino en circunstancias enteramente escepcionales, y además la accion de los remedios no es bastante poderosa para modificar la enfermedad de una manera tan profunda que sus efectos sean apreciables de otro modo que por su influencia sobre la duracion ó sobre el éxito de la afeccion. En semejante caso es cuando son principalmente necesarios un gran número de hechos. Sin embargo, resulta de las observaciones precedentes, y sobre todo de las de Louis y Barth: 1.° que la accion de los purgantes está muy lejos de ser perniciosa como lo creia la escuela fisiológica; 2.° que es muy probable que produzcan una benéfica influencia en el éxito de la enfermedad; yo digo solamente en el éxito, porque en los casos observados en la clínica de Louis, ha habido de notable que la duracion de la enfermedad ha sido un poco mas larga, aunque haya sido mayor el número de sugetos curados.

Los vomitivos y los purgantes se administran de la manera siguiente: el primer dia se da el *tártaro estibiado* ó la *ipecacuana* á dosis emética; en los dias siguientes se administra ya una botella de *agua* de *Sedlitz*, ya de 35 á 50 gramos (una onza á onza y media) *de aceite de ricino*, ya de 50 á 60 centígramos (10 á 12 granos) de *calomelanos*, y cada dia debe darse uno de estos purgantes, y si se los hace alternar es únicamente para no cansar á

los enfermos, porque lo esencial es purgar. Louis no ha dado vomitivos, no ha administrado mas que el agua de Sedlitz á la dosis de una botella ó media y algunas veces de un solo vaso, suspendiéndola si las evacuaciones se hacian demasiado numerosas. Si persisten y son muy marcados los síntomas gástricos, no se debe, segun Delarroque, vacilar en volver al vomitivo. Por mi parte he dado, en cierto número de casos, vomitivos repetidos; mas por desgracia los hechos que han sido recogidos no han podido ser todavía analizados, y asi no puedo decir desde ahora, si este medio tiene los inconvenientes que se le han achacado.

En primer lugar, la influencia del tártaro estibiado ó de la ipecacuana de ningun modo es perniciosa. No solo no produce la gastritis, como lo temia Broussais, sino que tambien es notable que en sugetos que han tomado ocho ó diez veces un vomitivo en catorce ó quince dias, desde que la convalecencia se declara, el apetito es muy vivo y se hacen muy bien las digestiones. Solo en un caso he visto vómitos frecuentes que persistieron durante unas treinta y seis horas despues de la suspension de los vomitivos; pero al cabo de algunas horas habian disminuido notablemente, y bien pronto no quedaba ningun vestigio de este accidente.

Se ha acusado á los purgantes el producir la hemorragia intestinal; pero en la actualidad es evidente que se habian engañado por coincidencias. En el gran número de calenturas tifoideas tratadas por este medio, rara vez se ha manifestado la hemorragia intestinal. Yo he visto, como he dicho anteriormente, la hemorragia nasal provocada por los esfuerzos del vómito; pero la aplicacion de algunas compresas de agua fria bastaba para detenerla.

Tónicos. Resulta de las observaciones de Louis y de Chomel que los tónicos tienen una accion favorable en los casos en que es muy grande la debilidad. «Las circunstancias, dice Louis (1), mas favorables para la accion de los tónicos son..... un pulso muy tranquilo, despues mas ó menos acelerado, una diarrea ligera, la falta del meteorismo,» cualquiera que sea por otra parte la debilidad. Sin embargo, es preciso no dejar de administrar estos medicamentos en los casos en que la adina-

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde;* Paris, 1841, t. II, p. 477.

mia profunda se agrega á la aceleracion del pulso y á los demás síntomas indicados.

Los *tónicos* que mas ordinariamente se usan son: el *estracto seco de quina* á la dosis de 4 á 8 gramos (de 1 á 2 dracmas) en una pocion; la *infusion fria de quina para bebida*, las *lavativas con un fuerte cocimiento de quina*, el *sulfato de quinina* á la dosis de 50 centígramos á un gramo (de 10 á 20 granos). Los ingleses administran el vino de Oporto, de Jerez, ó la cerveza llamada *porter;* pero donde principalmente administran estos líquidos es en el typhus fever, y asi no insisto sobre este punto.

Generalmente se ha abandonado el uso de los *estimulantes*, de los *escitantes generales*, y como por otro lado nada tenemos que decir en favor de estos medios pasaré á otra cosa.

Narcóticos. Entre los narcóticos no hay mas que uno solo que merezca mencionarse, y es el *opio*. Esta sustancia es principalmente útil, segun los hechos que conocemos, en los casos de *perforacion intestinal*. Stokes, Graves, Louis y Griffin han referido hechos en favor de esta medicacion en casos muy graves.

En semejante caso los médicos ingleses han administrado el opio á muy altas dosis, puesto que han llegado hasta dar 5 *centígramos* (un grano) *de esta sustancia* cada hora, durante muchos dias; Louis ha visto en un caso que 2 *decígramos* (4 granos) *de morfina* en las veinticuatro horas hàn bastado para contener la enfermedad. Stokes ha dado la *tintura de opio* á la dosis de 60 gotas en las veinticuatro horas.

Louis (1) ha administrado el *opio contra los síntomas nerviosos*, y particularmente contra los saltos de tendones y contra el delirio. Estos síntomas han disminuido prontamente y han cesado en pocos dias. Los casos en que ha empleado este medio eran medianamente graves; pero este resultado que no es menos notable, debe disipar los temores que inspira el opio en los casos en que hay síntomas cerebrales, é inducir á los médicos á usarle en los casos graves. Se da el jarabe de opio á la dosis de 30 gramos (una onza).

El *agua de Seltz*, los *cloruros* y los *ácidos* no merecen mas que una simple mencion. En cuanto al *sulfato de quinina*, pro-

(1) *Lug. cit.*, t. I, p. 453.

puesto por Broqua, el doctor Saínt Lourent (1) ha demostrado por la análisis de los hechos que este medicamento tiene inconvenientes sin tener la utilidad que se le atribuye.

Sulfuro de mercurio Fundándose Serres (2) en la semejanza que ha encontrado entre la calentura tifoidea y la viruela, semejanza que está lejos de hallarse demostrada, ha propuesto el tratamiento abortivo por el *sulfuro negro de mercurio* tomado interiormente, y las friecciones con la *pomada mercurial* sobre el abdomen.

Se hacen las fricciones todos los dias con 8 á 10 gramos (de 2 á 2 ½ dracmas) de pomada mercurial; en cuanto á las píldoras de sulfuro de mercurio se las prescribe cada dos dias. Hé aqui su fórmula:

℞	Etiope mineral...........	1 gramo.	(20 g̃)
	Polvo de goma tragacanto..	50 centígram.	(10 g̃)
	Jarabe simple............	C. S.	

H. S. A. cuatro píldoras. Se dan de cuatro á seis cada dos dias.

El doctor Cambrelin (3), de Namur, ha referido diez casos de curacion por el método de Serres; pero este número es muy corto cuando se habla del tratamiento de una enfermedad tal como la calentura tifoidea.

Becquerel (4) ha citado igualmente casos de curacion por este medio. Me limito á mencionar estos hechos que necesitarían multiplicarse para producir la conviccion, porque la gravedad de la calentura tifoidea es bien diferente segun las épocas en que se la observa, y es de notar que precisamente cuando se recogieron estos hechos era generalmente poco grave.

Por último, me contentaré con mencionar la memoria de Taufflieb (5) acerca del uso de los *calomelanos* considerados por este autor á la vez como purgantes y como medicamento mercurial. A pesar de lo interesante que es esta memoria, todavía

(1) *Arch. gén. de méd.*, 3.ª serie, 1842, t. XV, p. 5.
(2) *Union médicale*, 12 de agosto de 1847.
(3) *Union médicale*, 4 de abril de 1850.
(4) *Bulletin de l' Acad. de méd.*, 10 de setiembre de 1850, t. XV, p. 1097.
(5) *Du traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs mercuriels* (*Bull. gén. de thér.*, t. LX, febrero y marzo de 1851).

me parece que la cuestion está muy lejos de hallarse resuelta en favor de los mercuriales.

Hidroterapia. En muchas obras de hidroterapia (1) se encuentran cierto número de observaciones de calenturas tifoideas curadas despues de haber sido tratadas por la hidroterapia; pero estos hechos son poco numerosos para que se pueda sacar de ellos ninguna consecuencia. En el último estío he observado algunos enfermos á quienes se hacian lociones frias sobre el cuerpo dos veces al dia. Todo lo que puedo decir sobre este punto, es que los enfermos esperimentaban un bienestar despues de las lociones, las cuales no determinaban accidentes. Este es un punto que aun queda por estudiar.

El doctor Rayer administra *baños simples* cada dos dias despues del segundo setenario de la calentura tifoidea. Segun un trabajo de Hervieux (1), estos baños siempre han producido alivio y jamás han tenido inconvenientes.

Vejigatorios. Resulta de las observaciones de Louis que sin tener una accion favorable los vejigatorios tienden á producir escaras; por lo tanto es necesario abandonarlos.

Algunos médicos han propuesto la *espectacion* durante la cual se ha recurrido á los *cuidados higiénicos*; pero esto es suponer que los remedios no tienen ninguna accion, lo cual no podemos admitir en vista de lo que se ha dicho mas arriba.

Hay muchos médicos que sin adoptar esclusivamente ninguno de los medios precedentes, ponen en uso mayor ó menor número de ellos segun las circunstancias. Asi pues en los casos graves recurren á una sangría, á una aplicacion de sanguijuelas, á algunos laxantes, á las bebidas aciduladas, á las lavativas oleosas ó emolientes, y en los casos leves se contentan con bebidas acídulas y lavativas, lo que realmente no es mas que la espectacion. Este es con corta diferencia el tratamiento empleado por Chomel en los primeros tiempos, y la mortalidad fue muy grande. ¿Las calenturas tifoideas que trataba eran acaso mas graves?

Tratamiento de los síntomas. En una afeccion cuyos síntomas son tan numerosos y tan molestos, se debe tener en

(1) Véase las de Scoutetten y Schedel.
(2) *Archives générales de médecine*, setiembre de 1848.

consideracion el mayor número de ellos, sin ver por eso solo síntomas aislados, lo que es una exageracion singular. *Contra el vómito* se dan las bebidas gaseosas, el opio, las lavativas laudanizadas y aun el hielo. Es raro que sea preciso contener *la diarrea;* pero si fuesen las evacuaciones de vientre demasiado abundantes, se recurriria á los medios empleados contra la enteritis simple. Se han propuesto *contra el meteorismo* las *fricciones con el aceite de anís ó de manzanilla*, las *lavativas de agua y vinagre frias*, el *hielo sobre el abdomen*, etc.; pero estos medios fallan casi constantemente. Es muy raro que la *epistaxis* sea alarmante; si asi fuese seria necesario recurrir al tratamiento de esta hemorragia (1). Es preciso tener cuidado de tener la vejiga vacía por medio de la sonda en los casos de *retencion de orina.* Es preciso tambien tratar por todos los medios posibles (posicion variada, emplastos de diaquilon, almohadillas, etc.) de evitar la formacion de las *escaras*, protegiendo las partes con lienzos finos y secos, y si hubiese alguna humedad ó exudacion espolvorearlos con almidon ó polvos de licopodio; cuando ya existen las escaras hay que curarlas con cuidado, á lo menos dos veces al dia, con *cerato de Saturno.* No multiplico estos pormenores, porque la conducta que se debe seguir en estos casos es bien conocida de todos.

Precauciones generales.

Los enfermos deben guardar cama y estar ligeramente cubiertos.

La temperatura de la habitacion deberá ser poco elevada y suave, y es preciso renovar el aire con bastante frecuencia. Segun Piedvache (2) este es el verdadero medio de oponerse al contagio.

Es necesario dar abundantes bebidas, eligiendo las que sean mas agradables á los enfermos, á escepcion de las escitantes demasiado enérgicas.

Se administrarán lavativas emolientes.

Se mantendrá sobre todo grande aseo alrededor de los en-

(1) Véase t. I, art. *Épistaxis.*

(2) *Mémoires de l' Académie de médecine;* Paris, 1850, t. XV, p. 239.

fermos, mudándoles de posicion tan frecuentemente como sea posible.

Breve resumen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas moderadas, sangrías repetidas á cortos intervalos; vomitivos, purgantes; tópicos estimulantes, escitantes generales, narcóticos, mercuriales, agua de Seltz, cloruros, ácidos, hidroterapia, espectacion, tratamiento de los síntomas y precauciones generales.

ARTICULO IV.

TIFO NOSOCOMIAL.

Antes de trazar la historia de esta enfermedad importa investigar si merece realmente ocupar un sitio particular en el cuadro nosológico. En 1835 la Academia de medicina propuso la cuestion siguiente: *Dar á conocer las analogías y las diferencias del tifo y de la calentura tifoidea en el estado actual de la ciencia* (1); y en la memoria mas notable que se presentó en esta oposicion se admite la identidad de estas dos afecciones. Su autor es E. Gaultier de Claubry, quien posteriormente (2) ha sostenido y desenvuelto la misma tésis con buen éxito en un trabajo muy estenso. Por consiguiente en esta última obra debemos basar los principales elementos de la discusion.

Descuidando con razon Gaultier de Claubry los artículos sobre el tifo nosocomial contenidos en los tratados generales de patologia, recurrió á las descripciones particulares de las principales epidemias y las estudió todas desde la que observaba Pringle en el ejército inglés de 1742 á 1745, hasta la que ha descrito recientemente Landouzy (3). Asi ha revisado las mas exactas, entre las cuales citaré las de Hufeland Ducastaing, Reveillé Parise, Ardy, Fouquier, Fleury y Herzog.

(1) *Mémoires de l' Academie de médecine;* Paris, 1838, t. VII.
(2) *De l' identité du typhus et de la fièvre typhoïde;* Paris, 1844.
(3) *Mém. sur l' épidémie du typhus qui a régné à Reims en* 1839 *et* 1840 (*Arch. gén. de méd.*, 3.ª série, 1842, t. XIII, p. 1 y 306).

Despues habiendo reunido los mejores documentos, procede á hacer al paralelo de las dos afecciones que presenta del modo siguiente.

§. I.

SINONIMIA.

En primer lugar encontramos en la sinonimia misma del tifo una gran semejanza con la calentura tifoidea. En efecto, sabemos que se daba á esta enfermedad los nombres de *calentura grave*, *pútrida*, *adinámica*, *nerviosa* ó *maligna*; pero tambien se han dado todas estas denominaciones al tifo epidémico, pues tan semejantes parecian estas afecciones. Pero además de esto se han dado al tifo diferentes nombres sacados de circunstancias particulares. Asi pues, se le ha llamado enfermedad de *Niza*, de *Génova*, de *Maguncia*, porque no atreviéndose los autores que han hecho las descripciones á manifestar su opinion acerca de su naturaleza, le daban los nombres de los parajes en que la habian observado. Otros le han llamado *tifo de los campamentos*, *de las prisiones*, *de los hospitales*, *calentura nosocomial* y *calentura de las ciudades sitiadas*, únicamente porque las epidemias de esta enfermedad se manifiestan en las grandes reuniones de hombres. En los primeros tiempos se le dió el nombre de *peste*, *enfermedad pestilencial*, en razon á que á las grandes afecciones epidémicas se les daba este nombre genérico de peste, y segun que se la observaba en tal ó cual pais, se la imponian las denominaciones de *enfermedad húngara*, *de los rusos*, *de los españoles*, etc. No continuaré esta indicacion, pues bien se ve que estas últimas denominaciones son insignificantes, al paso que las primeras se refieren bien á la calentura tifoidea.

§. II.

SÍNTOMAS.

La comparacion de los *síntomas* era tambien de la mayor importancia, y tambien Gaultier de Claubry la ha presentado con grande estension, y hé aqui como ha procedido. En primer lugar ha trazado en dos párrafos separados la sintoma-

tologia del tifo y de la calentura tifoidea. Para describir el primero recurrió á numerosas relaciones de epidemias desde la que debemos á Pringle hasta la que ha publicado recientemente Landouzy, y ha hecho seguir esta esposicion de un gran número de observaciones particulares.

Para trazar la descripcion de la segunda se ha aprovechado de los trabajos de Louis, Chomel, Hennequin, etc., etc., despues comparó la intensidad de las dos afecciones y llegó á deducir sobre este punto la consecuencia siguiente: «No se puede admitir diferencia alguna entre el tifo y la calentura tifoidea en cuanto á la intensidad y á la gravedad respectiva de ambas afecciones. Se ven igualmente tifos de la mayor gravedad y tifos ligeros, calenturas tifoideas de estremada violencia y otras de mayor benignidad. La identidad es, bajo este aspecto, perfecta en ambas enfermedades.» Louis habia emitido ya casi una proposicion semejante. No se crea, sin embargo, que estos dos autores quieren decir que las dos afecciones tienen una gravedad idéntica, cosa que no puede ocurrírsele á nadie. Solo han reconocido que tienen igual variabilidad en su intensidad.

Es sabido que muchos médicos dan á la forma del tifo y de la calentura tifoidea una importancia que en nuestra opinion creemos muy exagerada. G. de Claubry ha procurado investigar lo que se debe pensar de ciertas formas que pertenecen mas particularmente á una ú á otra de estas afecciones que se suponen distintas; pero bajo este aspecto no ha podido encontrar ninguna diferencia: forma inflamatoria, nerviosa, pútrida y adinámica, todo esto se observa tanto en el tifo como en la calentura tifoidea. Las relaciones de epidemias, las observaciones particulares reunidas y analizadas con cuidado por E. Gaultier de Claubry no dejan la menor duda sobre este punto; nueva prueba de la identidad de estos dos estados morbosos.

Despues de haber echado asi sobre los síntomas una ojeada general, Gaultier de Claubry los examina uno á uno, y no olvida ninguno: prodromos, cefalalgia, delirio, epistaxis, manchas rosadas lenticulares, petequias, sudámina, etc., todo se encuentra igualmente en los dos estados morbosos, con poca mas ó menos frecuencia segun su grado respectivo, pero con

caracteres semejantes. Asi pues, bajo este punto de vista especial, la identidad no es menos evidente que bajo el punto de vista general.

Sigue despues el paralelo del tifo y de la calentura tifoidea bajo el aspecto de la anatomía patológica. Aqui parece á primera vista que la identidad no será ya mas evidente, lo que depende del laconismo de las descripciones patológicas en las relaciones de epidemias del tifo, que nos han dejado nuestros antepasados. Pero si examinamos con Gaultier de Claubry atentamente los hechos, no se tarda en reconocer en estas descripciones imperfectas, lesiones, y principalmente lesiones del conducto intestinal, cuya semejanza con las de la calentura tifoidea no se puede desconocer, la cual ha hecho perfectamente resaltar el autor, y para coronar la obra apareció la relacion de Landouzy, en la cual un estudio mas atento de la anatomía patológica prueba definitivamente la identidad.

Sin embargo, este último autor ha suscitado dudas acerca de esta identidad, reconociendo una gran analogía entre las dos afecciones, y se ha fundado en la *falta de lesion del bazo* en los casos que ha observado, en la falta del meteorismo, de los dolores de vientre y de la diarrea, y en otras diferencias mucho mas ligeras. Seguramente es notable que los síntomas abdominales hayan faltado asi, sobre todo cuando se ve en la autopsia existir de un modo muy manifiesto la lesion característica de las placas de Peyer; pero ¿es esta diferencia bastante considerable para hacernos admitir que solo se trata de una calentura tifoidea epidémica? Recordemos que en ciertas epidemias de escarlatina hemos visto faltar la angina y presentarse síntomas gastrointestinales notables; ¿y hemos por eso deducido que habia otra afeccion que la escarlatina? No por cierto; pues debemos hacer otro tanto en los casos de que se trata, y no mirar á estas desemejanzas sino como una consecuencia del carácter epidémico de la afeccion.

Landouzy se ha fundado para defender su opinion en observaciones recogidas en Inglaterra y en América, y presentadas bajo el nombre de *typhus fever;* pero es evidente cuando se leen las obras de la mayor parte de los autores ingleses, que han reunido en la misma descripcion la calentura tifoidea y otra afeccion que es la única que merece el nom-

bre de *typhus fever*, al paso que los que como Stockes, Jenner, etc. han estudiado separadamente los hechos, no confunden estas enfermedades; en efecto, reconocen perfectamente en medio de los casos de *typhus fever* la verdadera calentura tifoidea, y la autopsia viene á demostrar la exactitud de su diagnóstico. Los médicos americanos han establecido igualmente esta distincion, y la relacion del *typhus fever* que nos ha dado Gerhard, de Filadelfia, no deja ninguna duda tocante á este punto. Pero esta es una materia sobre la cual volveré á hablar en el artículo siguiente, pues por ahora me bastará decir aqui que reconozco con Gaultier de Claubry y Louis la identidad del tifo nosocomial y de la calentura tifoidea, y que por otra parte admito la existencia de una enfermedad que es el *typhus fever de Irlanda*, cuya descripcion daré en breve.

Ya he dicho en el precedente volúmen que Boudin (1) considera como un tifo la *meningitis cerebroespinal epidémica*; pero basta hacer mencion de esta opinion que no debo discutir aqui.

El doctor Lasegue (2) en cierto número de escritos publicados en Alemania ha dado una relacion de un tifo que ha reinado en Silesia durante los años 1847 y 1848, y que presentó como circunstancia notable una erupcion sarampionosa que iba acompañada de síntomas de coriza y de bronquitis, como en los verdaderos sarampiones, y al mismo tiempo habia petequias y sudámina. ¿No era esta enfermedad simplemente una epidemia de sarampion de mal carácter?

Esto supuesto, es evidente que es inútil hacer una descripcion detallada del tifo: únicamente diremos como consideraciones generales, que siendo el tifo nosocomial, carcelario, etc., la calentura tifoidea en el estado epidémico, se declara en las grandes reuniones de hombres; que es generalmente muy grave; que presenta algunas ligeras diferencias sintomáticas, segun las epidemias; que estas solo consisten en la mayor ó menor violencia, la mas ó menos pronta aparicion, la mayor ó menor duracion de los síntomas, y por último, como una consecuencia de lo que precede, que el aislamiento, la ventilacion y el aseo deben ocupar un importante

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1849, t. XIX. p. 385.
(2) *Le tiphus en Silésie* (*Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1850, t. XXIII).

lugar en el tratamiento, y que los medios terapéuticos usados en la calentura tifoidea son los que se deben dirigir contra el tifo, proporcionando la energía á la violencia de los síntomas.

ARTICULO V.

CALENTURA TIFO DE IRLANDA.

(Tyhpus fever.)

Si fuese necesario presentar una prueba del estado de incertidumbre en que nos hallábamos antes de publicarse las investigaciones de Louis, la encontrariamos en las opiniones emitidas antes de estos últimos años acerca de las calenturas observadas en Inglaterra y en Irlanda. Desde que se indicó claramente la existencia de la lesion intestinal de la fiebre tifoidea, se la buscó asi en Inglaterra como en Francia; pero en la primera de estas naciones se observaron un gran número de casos en los que faltaba la lesion, y el valor de los síntomas era tan poco conocido de la mayor parte de los médicos, que no hubo duda acerca de la exactitud del diagnóstico; no se pensó que entre estos casos pudiera haber algunos que no eran calenturas tifoideas, y se atrevieron á decir que la lesion de las placas de Peyer no era constante. Esta observacion se aplica á los hechos referidos por Alison (1), igualmente que á los indicados por Dalmas y Lombard.

Solo cuando Gerhard (2) publicó su relacion del *typhus fever* observada en Filadelfia, empezó á ser menor la confusion. En efecto, este autor demostró que se podia establecer un diagnóstico diferencial entre el *typhus fever* propiamente dicho y la calentura tifoidea que se manifiesta al mismo tiempo que él. Posteriormente, habiéndome comunicado algunas observaciones recogidas en Londres un observador hábil, el doctor Shattuck, de Boston, hice de ellas la análisis (3) y llegué á

(1) *Journal hebdomadaire de médecine;* Paris, 1838.
(2) *The Americ. Journ. of med. sciences,* febrero y agosto de 1837.
(3) *Du typhus et de la fièvre typhoïde d' Angleterre* (*Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. VI, p. 129 y 265).

sacar las mismas consecuencias que Gerhard. Una memoria interesante de Stewart (1) vino bien pronto á confirmar estos importantes resultados. Mas recientemente todavía el doctor Richie (2), que ha visto gran número de casos de calentura tifoidea y de *typhus fever* en el hospital de Glascow, ha demostrado por la análisis exacta de los hechos las numerosas diferencias que existen entre estas dos afecciones.

Asi pues, á medida que avanzamos y que la observacion se hace con mayor cuidado, es cada vez mas evidente la diferencia entre estas dos enfermedades, y por lo que hemos sabido de la última epidemia de tifo que ha hecho tantos estragos en Irlanda, no hay en el dia en este pais ningun médico instruido que no le distinga perfectamente. W. Stokes, que ha escrito acerca del tratamiento del tifo, y cuya habilidad conoce todo el mundo, no conserva la menor duda sobre este punto, y dentro de poco tendremos la relacion de Gueneau, de Mussy, que ha estado espuesto á ser víctima de la epidemia y que habiendo podido recoger antes de ser atacado cierto número de observaciones, nos ha prometido una historia del *typhus fever*, en la que demostrará la diferencia que hay entre esta afeccion y la calentura tifoidea, lo cual ha sido evidente para él en todos los casos. Ya volveré á hablar sobre este punto cuando trate del diagnóstico.

Finalmente, el doctor Jenner en unos escritos publicados, que citaré mas adelante, ha puesto fuera de duda de la manera mas completa las diferencias que existen entre el *typhus fever* y la calentra tifoidea, y ha demostrado que son dos especies tan distintas como la escarlatina y el sarampion, y no dos variedades de la misma afeccion, como han creido y profesado gran número de médicos ingleses.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

El *typhus fever* debe definirse de la manera siguiente: es una afeccion pirética, contagiosa, caracterizada por síntomas

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, octubre de 1840.
(2) *Monthly Journal of medical sciences*, octubre de 1846.

generales graves, una erupcion petequial muy diferente de las manchas rosadas lenticulares, y la falta de toda lesion importante del conducto intestinal.

Esta afeccion se encuentra descrita en gran número de obras inglesas al mismo tiempo que la calentura tifoidea, y sin distinguirlas suficientemente, bajo el nombre de *continued fever* (calentura contínua).

Esta afeccion es bastante frecuente en Irlanda, á donde es endémica, en Escocia, en Inglaterra y en los Estados Unidos de América. Vamos ahora á ver cuáles son los límites geográficos en que se halla encerrada.

§. II.

CAUSAS.

Nada sabemos que sea muy exacto acerca de las *causas* á que se puede atribuir el *tiphus fever;* sin embargo, si se considera que la afeccion reina principalmente en Irlanda en la clase desgraciada, que tan numerosa es en este pais, y por otra parte cuán grande es la mortandad entre todas las personas que estan en contacto con los enfermos, quedarán sentados estos dos grandes hechos: que la *miseria* es su principal causa predisponente, y el *contagio* su principal causa determinante. Además, y este es un punto muy importante cuando se trata de distinguir el *typhus fever* de la calentura tifoidea, el doctor Jenner (1) ha observado *que el contagio del tiphus fever nunca engendra la calentura tifoidea y recíprocamente.* Las exactas investigaciones de este autor no dejan la menor duda sobre este punto.

Ahora bien, ¿qué parte pueden tener la insuficiencia y mala calidad de los alimentos, las fatigas, las influencias atmosféricas y los pesares en el desarrollo de la enfermedad? Esto solo lo podrán resolver investigaciones ulteriores. Tambien es cierto, como lo ha comprendido Jenner, que ataca casi indiferentemente á todas las *edades*.

¿Cuál ha sido el foco principal del *tiphus fever?* No habién-

(1) *On the identity or non identity of the specific causes of typhoid, typhus and relapsing fevers*; London, 1850.

dose hecho las primeras investigaciones con el objeto de resolver esta cuestion, y estando la enfermedad generalizada en todas las partes de Inglaterra, es dificil pronunciar un fallo acertado sobre este punto. Sin embargo, si se considera que este tifo se presenta con mucha mayor frecuencia en Irlanda que en cualquiera otra parte; que las epidemias son mas frecuentes, mas mortíferas y que atacan mayor número de personas en este pais que en cualquiera otro; que las causas que parecen necesarias para su produccion existen en Irlanda desde algun tiempo; en fin, que esta enfermedad no se ha manifestado sino en parajes que se hallan en contínua comunicacion con este pais, nos vemos inclinados á admitir que se ha desarrollado allí y que se ha estendido á otras partes por contagio.

El doctor Johnston, de Filadelfia, me ha comunicado algunas noticias curiosas que vienen en apoyo de este modo de ver. Es sabido que un gran número de irlandeses, espulsados de su pais por la miseria, emigran á América; pues ahora bien, entre estos irlandeses recientemente desembarcados es en los que Johnston ha visto en 1836 el *tiphus fever* en Filadelfia; tambien ha observado que la enfermedad de algunos de ellos ha empezado durante la travesía, y otros enfermos le han dicho que la afeccion de que se hallaban atacados habia reinado epidémicamente en el navío que los llevaba á América. Como acabamos de ver, no podian menos de ser muy interesantes algunas investigaciones hechas con el objeto de descubrir el origen del *tiphus fever*, y se debe estimular á hacerla á los médicos que se hallen en circunstancias favorables.

§. III.

SÍNTOMAS.

Para trazar la descripcion de los *síntomas* deberemos valernos principalmente de la relacion dada por Gerhard y de la análisis de los hechos observados por Shattuck y Jenner (1).

(1) *Typhus fever, typhoid fevsr, relapsing fever, and febricula, the diseases confounded under the term. continued fever* (*The medical Times,* 1849).

La *invasion* de la enfermedad ha sido algo mas lenta que la de la calentura tifoidea en los casos que he analizado (1); pero en cierto número de ellos observados por Gerhard y Jenner, los síntomas han adquirido pronto gran violencia, puesto que algunos enfermos han sucumbido en tres ó cuatro dias.

Síntomas de la enfermedad confirmada. La *diarrea* falta constantemente, ó casi siempre, durante los primeros tiempos de la enfermedad; si sobreviene, es únicamente porque se han administrado purgantes ó medicamentos irritantes. En los últimos dias se manifiesta con bastante frecuencia; pero es preciso tener en consideracion la accion de los remedios, y lo mismo sucede en los *dolores de vientre.* El meteorismo es poco frecuente, muy ligero y de corta duracion. Son raros los *borborigmos*, no hay *síntomas gástricos*, la *anorexia* es completa, la *sed* es viva, y no hay dificultad en la *deglucion* ni dolor en la *faringe.*

La *lengua* está, como en la calentura tifoidea intensa, primero blanca, despues seca, negruzca, como quemada, se saca con dificultad ó está trémula. Los dientes estan frecuentemente *fuliginosos.*

Nada ofrecen de notable las regiones del hígado y del *bazo.*

La *cefalalgia* es constante y de mayor ó menor duracion; rara vez muy viva y lancinante.

El *estupor*, la *agitacion*, el *delirio*, los *deslumbramientos*, los *zumbidos de oidos* y la *sordera* fueron, en los casos observados por Gerhard, á la vez mas frecuentes y mas intensos, no solo en los casos recogidos por Shattuck y analizados por mí, sino tambien en la calentura tifoidea. Me habia llamado mucho la atencion el ver que en estas observaciones de Shattuck los síntomas cerebrales no eran tan intensos ni de tan larga duracion como en la afeccion tifoidea; pero es muy probable que el corto número de observaciones que he podido estudiar es únicamente la causa de esta diferencia; así pues, me veia ya inclinado á mirar los resultados obtenidos por Gerhard como la espresion de la verdad, cuando ha sido demostrado este hecho por la análisis de los casos observados por Jenner.

La poca frecuencia de las *epistaxis* es un hecho observado

(1) *Lug. cit.*, Curso de la enfermedad.

en muchas epidemias; pero no podemos emitir una opinion definitiva sobre este punto. Sin embargo, debo añadir que los casos observados por Jenner estan conformes en este punto con los que ha publicado Gerhard.

El *insomnio*, y mas rara vez los *sueños penosos*, y despues la *soñolencia*, son síntomas notables asi del *typhus fever* como de la calentura tifoidea. Es frecuente ver algunos enfermos *indiferentes* á todo lo que les rodea, y algunos por el contrario tienen vivas *inquietudes* por su vida.

Las *fuerzas* se abaten muy pronto; la postracion persiste durante toda la enfermedad, y se disipa lentamente en la convalecencia.

La *respiracion* es ordinariamente un poco acelerada y rara vez difícil. Los estertores sonoros y crepitantes son bastante raros, igualmente que la tos, que es algo frecuente y seca.

En todos los casos hay una *erupcion de numerosas manchas* que forman grupos irregulares, al principio de color rojo oscuro, despues de rojo subido ó de violeta, redondeadas, de una dimension que varía entre el tamaño de una cabeza de alfiler y el de un guisante, no prominentes, á no ser, como ha observado Jenner, en los primeros momentos de su duracion, que no desaparecen ó que se borran muy poco por la presion, pues son unas verdaderas *petequias*. Las mas veces esta erupcion ocupa toda la superficie del tronco y de los miembros. Resulta de las interesantes investigaciones de Jenner, que además de estas manchas distintas (*distinct spots*) hay otras mas vagas, mas anchas, que cubren en mayor ó menor estension la superficie de la piel formando una *coloracion subepidérmica* (*subcuticular rash*), comparada por el autor al *color del zumo de moras* (*mulberry rash*). Estas dos especies de erupcion han sido perfectamente figuradas por el doctor Sankey, médico del hospital de los febricitantes de Londres, en una lámina que acompaña á la última memoria de Jenner (1).

Las placas rosadas de la calentura tifoidea no existen, á lo menos se las ve tan rara vez, que los casos en que se las ha señalado son enteramente escepcionales, y aun pueden dejar dudas acerca de la exactitud del diagnóstico. Las *sudáminas* son raras.

(1) *On the identity or non identity of the specific causes* etc.; Londres, 1850.

La *cara* está roja durante la agitacion y pálida en los demás momentos; los primeros dias hay *escalofríos*, y son seguidos de un calor seco á veces considerable. Poco antes de la muerte hay un enfriamiento marcado (Gerhard).

El *pulso* varía de 70 á 140 pulsaciones durante el curso de la enfermedad; pero se aproxima á 100 ó pasa de este número; es regular, ni lleno ni duro, pero presenta, segun Gerhard, cierta undulacion. Al acercarse la muerte adquiere rápidamente mucha frecuencia y se pone sumamente pequeño; pero generalmente continúa siendo regular. Cuando es muy débil se encuentra, segun las investigaciones de Stokes, una disminucion notable de la impulsion *del corazon*, una disminucion y aun una falta completa del primer ruido.

Rara vez se han encontrado escaras. En la epidemia de Filadelfia el cuerpo de los enfermos exhalaba muchas veces un olor particular, picante, amoniacal y fétido.

Tales son los síntomas del *typhus fever*. Su intensidad varía sin duda mucho segun los casos; pero en general se puede decir que casi siempre son de la mayor gravedad.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

En cierto número de casos el *curso* de la enfermedad es sumemente rápido. Efectivamente, hemos visto que algunos sugetos observados por Gerhard han sucumbido en tres ó cuatro dias y estos casos solo se observan en el curso de las epidemias. No es raro encontrar casos que tienen un curso mas lento que el de la calentura tifoidea; pero nada se sabe de exacto sobre este punto. En la prescripcion precedente he indicado la sucesion de los síntomas.

La *duracion* del *typhus fever* de Filadelfia ha variado de once á veintiocho dias. En los casos que me ha comunicado Shattuck, esta duracion fue de diez y ocho á treinta dias en los sugetos que sucumbieron, y de veinticuatro á treinta y dos en los que curaron.

El *typhus fever,* aun el esporádico, si nos referimos al corto número de observaciones bien hechas que poseemos, ocasiona una mortalidad mucho mayor que la de la calentura tifoidea.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Los autores estan conformes en las *lesiones anatómicas* que son las siguientes: integridad ordinariamente perfecta del estómago é intestinos. En los casos en que se encuentra alguna alteracion, esta nada tiene de especial, pues consiste en un reblandecimiento de la mucosa, alguna rubicundez, etc. En algunos casos raros, segun Stewart (1), se encuentran los ganglios mesentéricos un poco hinchados y reblandecidos, aunque el intestino estuviese intacto. El bazo no está ordinariamente alterado, pero no se halla enteramente exento de lesiones, porque en un corto número de casos se le ha visto hinchado y reblandecido.

Un poco de esplenificacion y á veces la hepatizacion de algunos lóbulos, es todo lo que se observa en los pulmones.

Las manchas cutáneas y las petequias observadas durante la vida, dejan ordinariamente despues de la muerte vestigios bastante profundos pàra atravesar todo el espesor del dermis y aun penetrar en el tejido celular subyacente.

Los demás órganos nada presentan de notable que se refiera á los síntomas observados, pues lo que únicamente se encuentra es un poco de congestion. Sin embargo, es necesario esceptúar el corazon, que segun W. Stokes (2), presenta un grado mas ó menos notable de reblandecimiento en los casos en que se halla debilitado el pulso.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Solo importa establecer el *diagnóstico* del *typhus fever* con la *calentura tifoidea;* pero este diagnóstico se saca principalmente de las diferencias siguientes: En el *typhus fever*

(1) *Lug. cit.*

(2) *Researches on the state of the heart, and the use of wines in typhus fever* (*The Dublin Jonn. of med. sc.*, marzo de 1839).

hay petequias, equímosis profundas, coloracion de zumo de moras subepidérmico (Jenner), y en la calentura tifoidea, manchas rosadas lenticulares. En la primera de estas dos afecciones no hay síntomas de parte del conducto digestivo, á lo menos en una gran parte del curso de la enfermedad; en el segundo hay síntomas abdominales notables. Por último, en la calentura tifoidea se observan lesiones características de las glándulas de Peyer, y en el tifo nada se observa de semejante.

Si se reflexiona que estas diferencias recaen precisamente en los síntomas y en las lesiones características de la calentura tifoidea, que se manifiestan al mismo tiempo en diversos sugetos, de suerte que en el mismo hospital se puede, como ha demostrado Jenner (1), designar los atacados de tifo y los que padecen una calentura tifoidea, que se puede hacer esta observacion tambien en el curso de las epidemias como en los casos esporádicos, no se puede ya tener la menor duda sobre la diferencia de ambas enfermedades, y se debe mirar al *typhus fever* como una afeccion particular.

El *pronóstico* es, como hemos manifestado mas arriba, muy grave. La persistencia del delirio, la indiferencia del enfermo hácia todo lo que le rodea, las evacuaciones involuntarias y el estado del pulso que se deprime al mismo tiempo que se hace mas frecuente, son signos que hacen temer una muerte casi cierta y frecuentemente próxima.

§. VII.

TRATAMIENTO.

En vista de lo que he manifestado anteriormente es fácil conocer que solo tenemos algunos datos vagos acerca del *tratamiento del typhus fever;* y en efecto, solo desde algunos años se halla bien establecido el diagnóstico. En el estado actual de la ciencia es imposible presentar otra cosa que una breve indicacion de los medios usados.

(1) *On the identity ar non identity of typhoid and typhus fevers;* Londres, 1850.

Los mas principales de estos medios son los *escitantes generales*, tales como el *carbonato* ó el *acetato de amoníaco*, el *té*, el *vino generoso de España*, la *cerveza* llamada *porter*, y el *aguardiente*, etc. Stokes ha insistido principalmente sobre la utilidad del vino, dado con el objeto de escitar el corazon y de estimular la circulacion pronta á estinguirse, y ha citado gran número de hechos en favor de esta práctica. Efectivamente, en muchas observaciones referidas por él se ve desarrollarse el pulso y aun reproducirse bajo la influencia del vino el primer ruido del corazon que habia cesado.

Tambien se han administrado los *antiespasmódicos*, y particularmente el *alcanfor*.

Igualmente se prescriben los *purgantes* (calomelanos), el aceite de ricino, el crémor de tártaro y el agua de Sedlitz; pero casi siempre ha sido con el único objeto de mantener el vientre libre, porque no se ha hecho de ellos un tratamiento especial como en la calentura tifoidea.

No llevo mas adelante este exámen de los medios empleados, porque creo, repito, que para que podamos ocuparnos con fruto del tratamiento del *typhus fever* es absolutamente necesario que se hagan nuevas investigaciones terapéuticas en casos bien manifiestos de calentura tifoidea, y por consiguiente me limito al presente á decir que los medios usados en esta parecen aplicables al *typhus fever*, pero que no podemos decir todavía nada acerca de su verdadera eficacia.

ARTICULO IV.

CALENTURA PUERPERAL.

En este artículo vamos á tratar de un asunto lleno de dificultades, pues no solo han variado mucho las opiniones sobre la manera de entender la calentura puerperal, sino que hasta se ha negado la existencia de una enfermedad particular á la que se pudiese aplicar legítimamente este nombre. La causa evidente de estas incertidumbres y de estas opiniones opuestas, es por una parte que la calentura puerperal no es una

afeccion caracterizada por una lesion siempre idéntica como la calentura tifoidea, y por otra parte presenta una multitud de lesiones graves que en condiciones ordinarias darian lugar á los síntomas mas violentos, lesiones que por consiguiente han podido tomarse por el punto de partida de los síntomas. Todavía hay mas: en cierto número de partos, muchas de las lesiones que se encuentran en las enfermas que han sucumbido á consecuencia de la calentura puerperal se manifiestan de una manera evidentemente primitiva, y producen con frecuencia síntomas graves; nuevo hecho que viene á complicar la cuestion, y que durante algunos años ha parecido dar la razon á los que no querian ver en todas las calenturas sino inflamaciones mas ó menos violentas.

Pero en estos últimos años no se ha fijado esclusivamente la atencion en las lesiones encontradas en mugeres muertas de sobreparto. Se han estudiado con cuidado los síntomas en casos determinados, y se ha comprobado su semejanza en las diversas epidemias, cualquiera que fuese la lesion; se ha visto que formaban un conjunto que el observador podia reconocer perfectamente, y que se diferenciaba de las demás enfermedades febriles conocidas. Entonces se ha podido establecer la existencia de una calentura puerperal, no como la entendian nuestros antepasados, porque para ellos esta denominacion comprendia casi todos los casos de calentura que sobrevenian despues del parto, sino una calentura puerperal que por la generalidad de sus síntomas se distingue desde luego de las inflamaciones puerperales primitivas, cualquiera que sea despues la violencia de la calentura que á esta acompaña.

Todavía hay otras consideraciones que apoyan este modo de ver, y son principalmente la forma epidémica que adquiere tan frecuentemente esta enfermedad, su aparicion aun en personas que no se hallaban en el estado puerperal, aunque sean muy raros los casos de esta especie, y en fin, algunos hechos de contagio ó de infeccion citados por los observadores menos preocupados.

El doctor Voillemier (1) ha llamado la atencion en estos úl-

(1) *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l' hôpital des cliniques pendant l' année* 1838 (*Journ. des conn. méd.-chir.*, diciembre de 1839).

timos años sobre esta opinion, que habia sido ya sostenida por muchos observadores, y en particular por Cruveilhier (1) y Tonnellé (2), la cual ha sido despues apoyada por Pablo Dubois (3), por los autores del *Compendio de medicina práctica* (4), y por la mayor parte de los autores modernos, cuyas investigaciones citaré en este artículo.

Sin embargo, esta opinion no se halla en la actualidad muy generalizada. Asi pues, el doctor Helm (5) ha dicho que no existe la calentura puerperal, sino enfermedades puerperales que tienen un carácter específico y que son muy variadas. Tardieu (6) no admite igualmente mas que un estado puerperal, que es el lazo comun de las diversas afecciones puerperales.

Aun reconociendo que la diversidad de hechos da una importancia real á esta manera de ver, creo que las consideraciones precedentes deben predominar, y hay numerosos casos en los que se debe reconocer la existencia de una afeccion general distinta á la que se debe dar el nombre de calentura puerperal. Esta es la razon por qué describo en este artículo esta enfermedad, que es el complemento de aquellas cuya historia he dado á conocer bajo los nombres de *peritonitis puerperal*, *metritis puerperal*, *abscesos de la pelvis*, *ovaritis*, etc. Ya veremos mas adelante que Bouchut (7) ha atribuido la calentura puerperal á una lesion particular de la sangre.

Estos diversos modos de ver, igualmente que la descripcion de la enfermedad, han sido muy bien espuestos en una interesante memoria sobre la calentura puerperal debida al doctor Dubreuilh, hijo (8).

En cuanto á los que no han querido ver en la calentura

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, XIII en fol., con láminas iluminadas.

(2) *Des fièvres puerpérales*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, t. XXII, p. 345, 1.ª série, 1830).

(3) *Dict. de méd.*, t. XXVI, art. FIEBRE PUERPERALE.

(4) Tomo IV, art. *Fièvre puerpérale*.

(5) *Traité sur les maladies puerpérales*; Paris, 1840.

(6) *Obs. et rech. crit. sur les différ. formes des affect. puerpérales* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, diciembre de 1841).

(7) *Études sur la fièvre puerpérale* (*Gazette médicale*, 1844).

(8) *De la fièvre puerpérale épidémique*; Burdeos, 1843.

puerperal sino una simple peritonitis (1), una flebitis uterina, una linfangitis ó cualquiera otra lesion particular, los hechos han probado que esta opinion es demasiado esclusiva y no puede adoptarse.

La demasiada estension que los médicos de los últimos siglos daban á la significacion de calentura puerperal, nos obliga á trazar la historia de esta enfermedad, fundándola casi únicamente en las investigaciones modernas.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

En vista de lo que precede, la *calentura puerperal* debe definirse: una enfermedad general, aguda y febril, que sobreviene en las mugeres durante el puerperio, y que da lugar á lesiones anatómicas variables y algunas veces á ninguna.

Fundándose Voillemier en que la produccion del pus en partes muy diversas es la circunstancia mas notable que se observa despues de la muerte, ha pensado que se pudiera dar á la afeccion el nombre de *calentura piogénica de las parturientas*. Sin negar la importancia de esta lesion y teniendo en consideracion los casos en que no se ha encontrado ninguna supuracion, y que el mismo Voillemier ha citado, se puede mirar este modo de ver como muy absoluto.

Los nombres con los que se conoce la enfermedad son los siguientes: *febris puerperalis*, *febris puerperarum*, *morbus puerperarum*, *peritonitis*, *metritis puerperal*, *childbed fever*, *puerperal fever* (en inglés), *Kindbettfiebers* (en aleman).

Esta afeccion es muy frecuente, pero rara vez se manifiesta de un modo aislado, pues las mas veces se la ve aparecer bajo la forma de epidemia, y entonces hace grandes estragos, principalmente en las casas de Maternidad.

(1) GORDON. *A treatise on the epidemic puerperal fever of Aberdeen*; Londres, 1795.—BAUDELOCQUE, *Traité de la péritonite puerpérale*; Paris, 1830.—R. GOOCH, *On peritoneal fever*.

§. II.

CAUSAS.

Se han investigado con bastante cuidado las *causas* de esta enfermedad; pero esta investigacion presenta tan grandes dificultades, y hay en la calentura puerperal, asi como en todas las enfermedades epidémicas, una causa desconocida tan imperceptible, que hay todavía muchos puntos sobre los cuales nada se puede decir de positivo.

1.° Causas predisponentes.

Por las investigaciones de Laserre (1) y Botrel (2) se ha reconocido bien que las *primerizas* estan mucho mas espuestas á la calentura puerperal que las mugeres que han tenido uno ó mas partos. El último de estos dos autores ha notado que las nueve oncenas partes de las enfermas observadas por él eran primerizas. Los mismos autores han reconocido que un parto largo y difícil, sobre todo segun Botrel, cuando ha sido preciso recurrir al *cornezuelo de centeno*, es una circunstancia sumamente favorable para el desarrollo de la calentura puerperal.

Lo mismo sucede, segun las investigaciones de Voillemier, con las diversas *maniobras de obstetricia* que á veces es necesario hacer en los partos laboriosos.

Segun afirman gran número de autores, los *climas frios* y las *estaciones frias y húmedas* favorecen mucho la produccion de esta enfermedad. Las investigaciones de Laserre, quien ha analizado los casos que ha podido reunir y ha presentado una buena estadística de ellos, vienen en apoyo de esta opinion. De veinte y siete epidemias de calentura puerperal que han ocurrido en la casa de la Maternidad desde 1830 á 1841, este autor ha observado que diez y seis aparecieron durante los meses de enero, febrero, marzo, octubre, noviembre y diciem-

(1) *Recherches cliniques sur la fièvre puerpérale*; Tésis, Paris, 1842.

(2) *Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale* (*Arch. gén. de méd.* 4.ª série, 1845, t. VII, p. 416, t. VIII, p. 1, 129).



bre. Tambien ha notado lo siguiente: segun resulta de una estadística de los partos ocurridos en la misma casa de 1830 á 1841 ha habido sobre diez y ocho mil ciento ocho partos durante los seis meses frios, ochocientos sesenta y ocho defunciones ó una vijésima parte; al paso que durante los seis meses de calor se han contado quince mil novecientos cincuenta y seis partos, y cuatrocientos sesenta y cinco defunciones ó una trigésima cuarta parte.

Seria de desear que se multiplicasen las investigaciones de esta especie, porque en una cuestion semejante se necesitan hechos muy numerosos para fijar nuestra opinion (1). Falta ahora saber si se debe realmente á la influencia de las estaciones frias el número mayor de calenturas puerperales, ó si se debe atribuir á las *variaciones bruscas de temperatura*, á que las mugeres estan mas espuestas en estas estaciones. Voillemier se inclina á adoptar esta opinion, y en el artículo del tratamiento veremos que Malgaigne (2) da grande importancia al resguardar á las enfermas de las variaciones de temperatura. Sin embargo, este es un punto sobre el cual no se puede fallar definitivamente.

Los hechos observados por Botrel y Laserre han demostrado que las *mugeres estan tanto mas espuestas á contraer la calentura puerperal*, *cuanto menos tiempo han permanecido en la ciudad á donde vienen á parir* y en donde reina la epidemia; en una palabra, cuanto menos *aclimatadas esten*. Resulta de las investigaciones de Laserre, que lo mismo sucede respecto al *aclimatamiento en el hospital*.

Los autores admiten de comun acuerdo que las *malas condiciones higiénicas*, *una alimentacion de mala calidad y escasa*, la *habitacion de un lugar no bien ventilado*, los *pesares*, todas las *emociones morales tristes*, y todas las *consecuencias de la miseria* favorecen el desarrollo de la calentura puerperal y la hacen mas grave.

En cuanto á los *diversos escesos*, aun no nos hemos fijado bien en este punto; no obstante, es de creer que los que alteran la constitucion tienen una influencia marcada.

(1) ARNETH, *Épidémies puerpérales de la Maternité de Vienne*, en los *Annales d' hygiéne publique*. 1851, t. XLV. p. 281.
(2) Véase MAURAT, *De la métro-péritonite puerpérale*; Tésis, Paris, 1849.

Sin embargo, es preciso decirlo, *en los tiempos de epidemia* las *mugeres mas robustas asi como las mas débiles*, *son atacadas por esta grave enfermedad.* Lasserre, que ha distinguido dos formas de calentura puerperal, la una *espontánea*, es decir, que se manifiesta de repente despues del parto sin síntomas precursores febriles, la otra *secundaria*, ó que sobreviene durante el curso de la calentura de la leche, ha encontrado que la primera reina principalmente en las mugeres de constitucion robusta, al paso que la segunda se presenta mas frecuentemente en aquellas cuya constitucion se halla alterada.

Restan por último la *retencion de la placenta*, la *inercia del útero*, las *hemorragias uterinas* y las *contracciones uterinas violentas*; pero no se ha precisado bastante la influencia de estas causas.

2.° Causas ocasionales.

Solo tenemos datos muy inciertos acerca de las causas ocasionales. En efecto, en este caso se hacen las investigaciones todavía mas difíciles. Asi pues apenas tendré que mencionar las principales causas admitidas por los autores.

Estas son en primer lugar la mayor parte de las causas predisponentes indicadas anteriormente, y que obrando mas ó menos bruscamente sobre las parturientas producen el desarrollo de la calentura puerperal.

Entre otras causas encontramos en primer lugar la *accion del frio durante ó despues del parto*; la *mala disposicion*, ó *la falta de ventilacion del sitio en que se verifica el parto*, *la proximidad á los parajes en los que se exhala el olor de la putrefaccion*, tales como las *cloacas*, las *salas de diseccion*, las *letrinas*, etc.

Despues siguen la *falta de aseo* y las *afecciones morales vivas*, que en semejante momento pueden, en muchas mugeres, ser numerosas y violentas.

Epidemias. Para las epidemias se han señalado las mismas causas particulares. Pero como hace observar particularmente Pablo Dubois, ¿cuántas veces no se han visto desarrollarse epidemias en condiciones del todo diferentes de las que se admiten como apropiadas para producirlas? Asi pues, á pesar de que se establezcan casas de Maternidad para un corto nú-

mero de camas, de que se separen las recien paridas de las que esperan el parto, y de que se tenga el cuidado de ventilar las habitaciones convenientemente, no por eso sobrevienen menos epidemias, en ciertos años, epidemias tan mortíferas como en los grandes hospitales, en los que no pueden reunirse estas circunstancias favorables.

Sin embargo, no se debe deducir de esto que se pueden descuidar estas buenas condiciones higiénicas; en efecto, todo induce á creer que en los parajes en donde hay hacinamiento, mala ventilacion, y en una palabra en condiciones opuestas, la calentura puerperal, cuando ha estallado, tiende á adquirir mas alto grado de gravedad, y hasta tal punto, que en algunas circunstancias ha sido preciso, para poner un término á la epidemia, evacuar las salas y diseminar las parturientas. De los hechos que preceden únicamente se debe sacar esta conclusion: que en esta enfermedad, asi como en otras tantas de las afecciones epidémicas que hemos estudiado, hay una causa desconocida que domina, y que se burla con frecuencia de todas las previsiones.

Contagio. Se han citado algunos hechos que tenderian á demostrar que la calentura puerperal puede desarrollarse por el simple contacto. Asi pues, se ha referido un caso en el cual una alumna de partera, que no se hallaba embarazada, habia contraido una enfermedad del todo semejante á la calentura puerperal; pero se debe mas bien admitir que en semejante caso habia una simple infeccion. No sucede lo mismo con el que ha citado Depaul, y en el cual la calentura puerperal se habia comunicado á una muger por el comadron que venia de hacer la autopsia á una muger muerta de calentura puerperal. Por último, recientemente un médico aleman ha reconocido que se habian hecho menos frecuentes los ataques de calentura puerperal, encargando á los alumnos que practican el tacto á las mugeres despues de las autopsias y disecciones que se lavasen con agua clorurada. Estos hechos merecen, sin duda, que se les tenga en consideracion; pero en las epidemias son tan fáciles las coincidencias, que parecerán necesariamente demasiado poco numerosos y demasiado poco convincentes para servir de base á una conclusion definitiva.

Mas fácilmente se puede admitir la comunicacion por *in-*

feccion, y esto es lo que obliga á evacuar las salas cuando se ha desarrollado en ellas una epidemia de larga duracion.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los *síntomas* de la calentura puerperal han sido descritos con mucho cuidado por los autores, y entre ellos hay algunos que son variables; pero tambien hay otros que dan á la enfermedad un aspecto particular, y que son por consiguiente los mas importantes. Pablo Dubois ha reconocido en la afeccion tres formas, que son: 1.° la *forma inflamatoria;* 2.° la *forma mucosa ó biliosa*, y 3.° la *forma tifoidea.* Woillemier y la mayor parte de los demás observadores no admiten mas que la forma inflamatoria y la forma tifoidea. Por último, como he dicho ya, Laserre admite dos especies de calentura puerperal, una *espontánea ó primitiva*, y la otra *secundaria.* Al tratar de estas diversas formas debo repetir aqui lo que he dicho respecto de las de la calentura tifoidea. Las mas veces todo depende de la intensidad de la enfermedad; lo que lo prueba es que estas formas tienen síntomas comunes muy evidentes, y en segundo lugar, que cuando la enfermedad adquiere gravedad, se reviste siempre con los caracteres tifoideos. Por consiguiente estas distinciones no tienen una importancia mayor. En cuanto á las que ha establecido Laserre, bastará indicar en la descripcion que va á continuacion algunas particularidades que se observan en la calentura puerperal secundaria.

Invasion. Se ha visto, pero en casos sumamente raros, que la calentura puerperal *empieza durante el parto.* Por lo general se manifiesta *en los dos primeros dias que siguen al parto;* mas unas veces se la ve aparecer al tercer dia, y rara vez pasado este.

La invasion es casi siempre pronta y aun muchas veces se declara repentinamente. Solo en algunos casos hay ciertos síntomas que pueden hacerlos preveer: tales son el malestar general, el quebrantamiento y los dolores en el cuerpo, la cefalalgia, y en una palabra, los fenómenos que anuncian un movimiento febril incipiente. En el mayor número de casos abre la marcha el escalofrío que vamos á describir.

Síntomas. El *escalofrío* es algunas veces intenso y prolongado, entonces tiene un carácter notable, y no se puede dudar de la inminencia de la calentura puerperal.

En otros casos es menos violento, pero dura todavía largo tiempo, y su significacion es casi tan grande. Otras veces, en fin, se halla constituido por una *série de escalofríos irregulares*. Osiander ha hablado de una *calentura puerperal intermitente;* pero Voillemier, que ha estudiado con cuidado el escalofrío en esta enfermedad, jamás la ha visto presentarse con una periodicidad que pudiese hacer admitir la existencia de esta forma, y la mayor parte de los demás autores la han buscado igualmente en vano. Sin embargo, citaré al tratar del curso de la enfermedad los hechos referidos por los doctores Canuto Canuti y Pedro Biagini, con el objeto de demostrar que la calentura puerperal puede adquirir el carácter intermitente. En *algunos casos falta el escalofrío* sin que la calentura puerperal pierda ninguno de sus demás caracteres.

No se deben confundir estos escalofríos con el temblor nervioso que se apodera muchas veces de las mugeres despues de un parto mas ó menos difícil, y que no tiene ninguna consecuencia perniciosa. Sin embargo, se debe reconocer que solo se tienen muy débiles medios de distinguirlos, y que en tiempo de epidemia el menor escalofrío que sobreviene en los primeros dias que siguen al parto debe fijar mucho la atencion del médico.

Despues del escalofrío los principales síntomas se encuentran en general en las *vias digestivas*. Las enfermas sienten en una parte del abdomen, y en particular en la *region hipogástrica*, un *dolor* de variable intensidad que tan pronto permanece fijo en este punto como se estiende á todas las partes del abdomen. En este último caso es cuando los dolores tienen una intensidad que algunas veces llega al mas alto grado.

El dolor abdominal, cuando es intenso, se *aumenta considerablemente por las contracciones uterinas* y por la menor palpacion, y aun el mismo peso de las cubiertas de la cama puede hacerse insoportable.

En semejante caso tambien se manifiesta un *meteorismo* general que llega muchas veces al mas alto grado y que pone al vientre todavía mas sensible. Algunas veces no hay mas que

un poco de hinchazon parcial correspondiente al punto doloroso, y que se conoce principalmente por la *percusion*, la cual debe hácerse en semejantes circunstancias con las mayores precauciones, y á la que algunas veces es preciso renunciar, pues es sumamente dolorosa.

Al mismo tiempo hay *vómitos biliosos*, notables por su color verde, y que se observan con mucha frecuencia desde el principio mismo de la enfermedad. Los vómitos son algunas veces tan frecuentes, que es inmediatamente arrojada la menor cantidad de líquido introducido en el estomago. Los esfuerzos hechos por las enfermas son al principio muy considerables y aumentan mucho el dolor. Mas tarde, cuando ha sobrevenido cierto grado de colapso, no es raro verlos verificarse por una especie de regurgitacion. Como en todos los casos de vómitos, se ve que los movimientos los provocan, y cuando son muy frecuentes basta el menor cambio de posicion para escitarlos. A veces estan precedidos de *náuseas*, y otras veces sobrevienen bruscamente.

El conjunto de fenómenos que acabo de esponer no dejan duda de la existencia de *una peritonitis parcial ó general.* Pero en cierto número de casos los síntomas son un poco diferentes. Asi pues, encontramos desde luego que algunas veces los dolores, aun despues de haber sido bastante intensos, se disipan rápidamente aunque el estado general anuncia todavía la existencia de la calentura puerperal. Estos dolores son debidos á las *contracciones uterinas*, á esos *dolores cólicos* particulares que siguen al parto.

En las demás circunstancias los dolores persistentes tienen un sitio fijo particular: asi pues, se los ve fijarse *en las íngles*, *hácia la profundidad de la pelvis* y *en los lomos*. Entonces hay generalmente una inflamacion supurativa en los *ovarios*, en los *ligamentos anchos* ó en *otro punto de las inmediaciones del útero.* Botrel en los casos de angioleucitis uterina que ha observado, ha notado generalmente *dolores atroces hácia los lomos*. Las enfermas le decian que parecia que les abrian los riñones. Se ve pues, que esta diferencia en los síntomas es debida á la diferencia de sitio de las alteraciones anatómicas.

Todos estos dolores tan vivos, sin esceptuar el de la peritonitis general la mas violenta, se *hacen de cada vez mas obtusos* y

aun pueden disiparse completamente cuando las enfermas *caen en el colapso*.

En el intestino se observa tan pronto *estreñimiento* como *diarrea*, y á veces estos *dos síntomas alternativamente*. Las materias espelidas son en general muy fétidas, y tienen un *olor pútrido* marcado cuando la enfermedad adquiere mayor gravedad y reviste los caracteres que han hecho admitir una forma tifoidea. Algunas veces, como lo han demostrado Bidault y Arnoult (1), hay *tenesmo*, y hácia el fin de la afeccion *evacuaciones involuntarias*.

La *lengua* al principio flexible y blanquecina, cubierta á veces de una capa sucia, se pone negruzca, dura y seca cuando la afeccion se agrava. Algunas veces tambien es muy fétido el *aliento*, hay pérdida completa del *apetito*, á veces aversion á todo alimento desde el principio, y algunas tambien una *sed* que no puede satisfacerse á causa de los vómitos.

La *respiracion* puede continuar en el estado normal; pero se la ve en cierto número de casos hacerse mas corta y difícil, y mas ó menos acelerada. Estos trastornos de la respiracion son debidos unas veces á la existencia de la peritonitis general que impide la depresion del diafragma, y otras á las complicaciones de las vias respiratorias, tales como la *pleuresía*, la *pulmonía* y los *abscesos del pulmon*. En estos últimos casos se ha visto que elevaba el número de inspiraciones á cuarenta, cincuenta y mas todavía.

El *pulso* que durante el escalofrío es pequeño y concentrado, se desarrolla cuando se ha restablecido el calor, y se hace tan pronto duro y lleno, como dilatado y depresible. En ciertos casos muy graves no se desarrolla ya, y se hace de cada vez mas miserable. La enfermedad progresa entonces rápidamente y la frecuencia del pulso es considerable. Cuando la enfermedad tiene cierta intensidad, varía en los diferentes casos de ciento diez á ciento cuarenta y aun ciento cincuenta pulsaciones. En los últimos momentos el pulso se hace filiforme y muy acelerado.

La *cefalalgia* no se manifiesta ordinariamente sino despues del escalofrío; á veces no aparece sino del segundo ó del

(1) *Note sur une épidémie de fièvre puerpérale* (*Gaz. méd.*, 1845).

tercer dia. Algunas veces se disipa al cabo de un tiempo bastante corto, y aun en algunos casos persiste hasta el último momento. En el primer caso es en general frontal y bastante viva; en el segundo es general y sorda.

Pasado el escalofrío, la *piel* se pone caliente y seca; despues se la ve cubrirse de un mador viscoso, notable principalmente en la *cara*. Esta se halla pálida, y las facciones descompuestas anuncian un padecimiento profundo. Los ojos estan hundidos en las órbitas, rodeados de un círculo negro y estraviados. Los labios estan entreabiertos, trémulos y lívidos. Las aberturas de la nariz estan secas y pulverulentas. Voillemier ha notado algunas veces uno ó dos dias antes de la muerte *pequeños movimientos convulsivos* de los labios y de los párpados, y estos fenómenos se observan principalmente en los casos de peritonitis general intensa. Algunas veces, como ha observado Bidault y Arnoult, aparecen en la parte interna de los muslos y de las piernas *petequias* mas ó menos numerosas debidas á pequeñas infiltraciones sanguíneas del dermis.

Casi siempre la *postracion* es muy grande desde el principio, algunas veces esta va aumentando hasta el fin. En cierto número de casos, las fuerzas se recobran momentáneamente para volver á aplanarse de nuevo. Aun en los casos en que la enfermedad se termina por la curacion, queda *durante la convalecencia* una *debilidad* notable.

Resulta de investigaciones recientes, que las *facultades intelectuales* se hallan en un estado diverso. Asi pues, al paso que en las mas de las epidemias de calentura puerperal el mayor número de enfermas conservan estas facultades intelectuales hasta el fin de la vida; que en algunas solamente hay un *estupor* mas ó menos marcado y *lentitud en las respuestas;* que las mas de ellas tienen por la noche *ensueños* y algo de *delirio tranquilo*, en algunas otras se ve, y una de las epidemias observadas por Botrel nos presenta un ejemplo de ellas, un *delirio furioso*, con vociferaciones, tendencia á levantarse de la cama y una completa perversion de la inteligencia alternando con *movimientos convulsivos* y la *contraccion forzada de los músculos*. Este estado se termina ordinariamente por el *coma*. Sin embargo, no se encuentran en la autopsia lesiones suficientes para esplicar esta diferencia en los síntomas.

Antes de que se hiciesen las últimas investigaciones se creia generalmente que los *loquios* se suprimen ó se hacen mucho menos abundantes durante la calentura puerperal. Estas investigaciones han probado que no es asi; pues, con *frecuencia los loquios se hacen mas abundantes*, y Moreau (1), Voillemier y Bouchut han reconocido que no habia relacion directa entre las diversas modificaciones que pueden esperimentar los loquios y la mayor ó menor intensidad de la enfermedad.

Lo mismo sucede con la *secrecion de la leche*. Estudiándola con cuidado los autores que acabo de citar, igualmente que Bidault y Arnoult, han visto que si esta está muchas mas veces suprimida que los loquios, no es constante este fenómeno como se creia, y que estas modificaciones no corresponden ya á la gravedad de la afeccion. Su restablecimiento, cuando ha sido suprimida, coincide sin embargo las mas veces con una mejoría de los síntomas; pero este es un carácter comun del restablecimiento de todas las funciones.

La escrecion de la *orina* es con frecuencia difícil y dolorosa. Esto depende en general del estado de contusion en que se encuentra el conducto de la uretra despues de un parto laborioso. Algunas veces, y sobre todo cuando existen fenómenos cerebrales, hay una *retencion de orina* que exije el uso de la sonda. En lo mas fuerte de la enfermedad se ha encontrado la orina muy colorada, turbia y sedimentosa; y algunas veces se la ha visto como purulenta.

Cuando las enfermas deben sucumbir, se ve que decaen sus fuerzas de cada vez mas, se altera la cara mas profundamente y hacen progresos el coma ó el estupor, se pone el pulso miserable, casi insensible, se enfrian las estremidades, desaparecen ó se hacen muy obtusos los dolores, en cuyo estado mueren ordinariamente las enfermas.

En los casos de curacion, si la enfermedad no ha sido mas que de mediana intensidad y si no ha habido lesiones profundas, la calentura cede rápidamente, y la convalecencia se declara sin otro fenómeno notable que una debilidad mas ó menos persistente. *Si por el contrario la enfermedad ha sido violenta*,

(1) *Recherches sur la fièvre puerpérale épidémique*, Tésis, Paris, 1844.

y si ha habido lesiones mas ó menos considerables, se ve desde luego que remiten poco á poco los síntomas; pero los fenómenos locales persisten ordinariamente largo tiempo, y aun algunas veces constituyen una enfermedad de larga duracion que es realmente peligrosa.

§. IV.

FORMAS DE LA ENFERMEDAD.

Como he dicho anteriormente, las diversas formas de la enfermedad no tienen tanta importancia como la que se les ha querido atribuir. Unicamente diremos que cuando no hay mas que una calentura violenta con calor, elevacion de pulso, agitacion mas ó menos marcada y dolores abdominales bastante intensos, se da el nombre á la enfermedad de *calentura puerperal inflamatoria;* que cuando hay cefalalgia gravativa con náuseas, capa cenagosa en la lengua, inapetencia, color amarillento alrededor de los labios y á los lados de la nariz, sin debilidad notable en el pulso, poco ó ningun escalofrío ó dolor abdominal, se dice que la *calentura puerperal es biliosa ó mucosa;* que cuando la enfermedad presenta los síntomas de la calentura intensa, tales como los hemos descrito anteriormente, se reconoce la *calentura puerperal tifoidea;* por último, si los síntomas adquieren con gran rapidez una estrema intensidad, si la respiracion se ve dificultada repentinamente con señales de asfixia, color amoratado de la cara, pérdida de los sentidos, suspension casi completa de la circulacion, y si la muerte sobreviene en algunas horas, se da á la enfermedad el nombre de *calentura puerperal fulminante*. Los casos de esta especie, tales como Moreau los ha observado, son sumamente raros.

En fin, la *calentura puerperal secundaria*, indicada por Laserre, se distingue de las demás en que empieza ordinariamente como la calentura de la leche, en que adquiere poco á poco intensidad, y por consiguiente no se notan ordinariamente las grandes perturbaciones que hemos indicado mas arriba.

§. V.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es esencialmente agudo y siempre creciente, escepto algunas ligeras alternativas de mejoría que he manifestado anteriormente. Se le ha dividido en *dos períodos:* en el *primero* se observan los *síntomas violentos*, cuya descripcion he dado ya, tales como el escalofrío, el calor, la agitacion, los dolores y los vómitos; en el *segundo* encontramos la calma de los dolores ó la cesacion ó la *remision de los síntomas del primer período*, una postracion profunda, en una palabra, los síntomas de *colapso*, sobre los cuales he hablado ya estensamente.

He dicho mas arriba que no todos los autores admitian la *calentura puerperal intermitente*. El caso referido por Pedro Biagini (1) con el nombre de *calentura perniciosa*, *delirante ó amaurótica*, no está bastante detallado en el estracto de que me he podido valer (2) para poder resolver este punto. Unicamente diré que la enfermedad ha cedido á la administracion del *citrato de quinina*. La observacion que ha referido el doctor Canuto Canuti (3) es mas decisiva, porque la calentura que estaba acompañada de la supresion de los loquios, del meteorismo y del dolor estremado del abdomen, volvia todos los dias á una hora fija, y en los intervalos hasta los síntomas locales se disipaban completamente. La *quina* tuvo un éxito completamente feliz, y á pesar de esto, este hecho no nos permite una opinion fija.

En los casos de muerte, la *duracion* de la enfermedad es frecuentemente muy corta. Ya hemos visto que en casos muy raros solo puede ser de algunas horas. En general la muerte no sobreviene sino del tercero al cuarto dia. En los casos de curacion, la duracion es muy variable. En efecto, ya hemos visto que cuando la enfermedad tiene una mediana intensidad,

(1) *Sur une forme particulière de fièvre puerpérale* (*Gazetta toscana delle scienze mediche*, 1845).

(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, noviembre de 1845.

(3) *Fièvre intermittente puerpérale* (*Repertorio delle science fisico-mediche del Piemonte* y *Journ. des conn. med.-chir.*, febrero de 1839).

bastan algunos dias para entrar en convalecencia. En el caso contrario, se necesitan dos ó tres semanas y aun mas. He dicho tambien que las lesiones locales podian ser tales que fuese necesario un tiempo muy largo para disiparlas; pero se puede admitir en semejante caso que estas lesiones constituyen una enfermedad particular, que no tiene de comun con la calentura puerperal sino su orígen.

En cuanto á la *terminacion*, todo el mundo sabe con cuánta frecuencia es mortal, sobre todo en tiempo de epidemia. Basta recordar los guarismos de la mortalidad dados por algunos autores y que llegan hasta los dos tercios de las enfermas y mas todavía, para convencerse de lo que se dice.

§. VI.

LESIONES ANATÓMICAS.

Ya he dicho que las alteraciones anatómicas que corresponden al conjunto de síntomas que acaban de describirse son muy diversas, y que aun en ciertos casos no se encuentra ninguna que sea de alguna importancia. De lo dicho resulta que solo tienen un valor mediano en esta afeccion, por lo que basta indicarlas brevemente.

En cierto número de casos se ha encontrado el útero inflamado, reblandecido, gangrenado en su superficie interna, y Botrel ha visto lesiones semejantes en la vagina. Con bastante frecuencia se encuentran abscesos en el mismo tejido del útero, en los ligamentos anchos, en los ovarios y en las trompas, y mas frecuentemente todavía en el peritoneo y en un punto cualquiera de la profundidad de la pelvis menor. Ciertamente se pueden colocar entre las mas frecuentes las lesiones de la peritonitis, y esto es lo que ha hecho creer que la calentura puerperal es simplemente una peritonitis.

Las venas uterinas estan muchas veces inflamadas y contienen pus; á veces la flebitis se estiende mas ó menos lejos á las venas hipogástricas, ilíacas y crurales. Esta lesion está lejos, sin embargo, de ser constante, y su frecuencia varía mucho segun las epidemias. Duhamel (1) nunca la ha encon-

(1) *Lug. cit.*, p. 53.

trado en la epidemia del Hotel Dieu, y ya Vernay habia indicado su falta constante en una epidemia observada en Lion.

La linfangitis es, segun las investigaciones modernas, mucho mas frecuente que la flebitis, sin ser por eso constante; ocupa los vasos linfáticos del útero, que estan hinchados por la materia purulenta; á veces se estiende á los ligamentos anchos, á los ovarios, y sube casi hasta el receptáculo de Pecquet, como en un ejemplo que refiere Botrel, quien ha visto la linfangitis en todos los casos observados por él. En ciertas epidemias esta lesion falta completamente, lo cual habia sucedido en aquellas cuya historia nos ha dado el doctor Duhamel (2). Es muy comun encontrar abscesos diseminados: 1.° en las articulaciones ó alrededor de ellas; 2.° en los músculos, y 3.° en los pulmones, hígado, bazo, riñones, cerebro, etc.

Se encuentran tambien frecuentemente inflamaciones secundarias cuyo carácter mas notable es la tendencia á la supuracion: tales son la pleuresía, la pulmonía, la meningitis y la cistitis.

En las vías digestivas se ve el reblandecimiento de la mucosa gastrointestinal, un desarrollo considerable de los folículos de Brunner, que se detiene en la válvula íleo cecal; una inflamacion de las placas de Peyer, que está lejos de ser constante y que no se parece á la lesion de la calentura tifoidea, aunque algunas veces se encuentran pequeñas úlceras en la superficie de estas placas; el infarto, la friabilidad y rubicundez de los ganglios mesentéricos; las ascárides lumbricoides ó tricocéfalos del intestino (Moreau).

Solo tenemos datos muy incompletos acerca del estado de la sangre en la calentura puerperal. Bouchut la ha encontrado líquida, pálida y algunas veces amarillenta. Ha visto el coágulo obtenido por la sangría blando, y á veces cubierto de una costra poco consistente, y tambien ha hallado una disminucion de la fibrina. Por el contrario, Botrel ha visto aumentada la proporcion de fibrina; pero ha examinado la sangre poco despues de la invasion, y cree que si la hubiese estudiado durante el período de colapso, hubiera encontrado la

(1) *Lug. cit.*

fibrina en menor cantidad que en el estado normal. Bouchut ha visto además glóbulos voluminosos sin color y frangeados, que considera como glóbulos de pus; pero como hacen notar los autores del *Compendio de Medicina práctica*, es mas probable que fuesen simples glóbulos rojos alterados.

Por su parte Hersent (1) ha llegado á deducir las consecuencias siguientes:

«1.° La modificacion apreciable de la sangre en la calentura puerperal grave consiste en un gran aumento de agua, una disminucion sumamente considerable de los glóbulos, y en fin, en una disminucion igualmente muy grande de la albúmina. 2.° Cuanto mas débiles son estas modificaciones, menos grave es la enfermedad. 3.° La sangre conserva generalmente toda su proporcion de fibrina y aun mas; por consiguiente no es difluente como por lo comun se cree. 4.° Hay sin embargo un corto número de casos en los que se encuentra esta difluencia á causa de la grande disminucion de la fibrina, sin que se pueda ver en esta alteracion nada característico. 5.° El vicio de la sangre preexiste probablemente al desarrollo de la enfermedad; pero no puede considerarse como su causa. Sin embargo, su existencia aumenta mucho la gravedad del estado morboso...»

Se ve pues que estos datos sobre el estado de la sangre son muy insuficientes, y que no se puede esplicar la produccion de la calentura puerperal por la alteracion de este líquido.

En los casos que han sido prontamente fatales, es en los que se ha notado la falta de las lesiones anatómicas.

§. VII.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Cuando la calentura puerperal se halla bien desarrollada, sobre todo en tiempo de epidemia, es fácil su *diagnóstico*. Sin embargo, no es fácil olvidar que como acaba de demostrar recientemente Gaussail (2) en una memoria interesante, mu-

(1) *Recherches sur la composition du sang dans les fièvres puerpérales*; Tésis, Paris, 1845.

(2) *Obs. et réflex. sur un cas de métro-péritonite puerpérale* (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Touleuse*, febrero de 1851).

chas de las inflamaciones mencionadas anteriormente, y en particular la *peritonitis* y la *metritis*, pueden manifestarse sin que haya, propiamente hablando, calentura puerperal, y como dan lugar á un movimiento febril marcado, no es dudoso que en los casos de esta especie se vea el médico muy embarazado. Tambien es necesario reconocer que aun no tenemos medios seguros de distinguir constantemente estas afecciones primitivamente locales de la enfermedad general que nos ocupa. Pero estos casos son muy raros, y no se puede argüir contra la existencia de la calentura puerperal, porque casi siempre presenta caracteres marcados.

Algunas veces se ve empezar la fiebre puerperal como una simple *calentura de la leche*, y el doctor Laserre ha estudiado muy especialmente los casos de esta especie. Al principio puede verse el práctico perplejo; pero bien pronto se hacen mas manifiestos los caracteres de la calentura puerperal, y entonces no hay ya ninguna duda.

Un escalofrio intenso ó prolongado, la tristeza, el abatimiento, la sequedad de la boca, la sed y los dolores abdominales vivos, son los fenómenos que anuncian con mas seguridad la calentura puerperal, y como es al principio cuando el diagnóstico ofrece algunas dificultades, se debe fijar particularmente la atencion en estos signos.

§. VIII.

TRATAMIENTO.

Son muy variados los *tratamientos* con que se ha combatido esta afeccion; pero es imposible tener acerca de muchos de ellos datos que nos permitan formar una opinion fija sobre su eficacia, y me veré reducido á hacer de ellos una simple mencion.

Emisiones sanguíneas. Voillemier, que ha estudiado muy particularmente la influencia de las emisiones sanguíneas (1), les da mucha importancia, pero solo en ciertas circunstancias. Sin embargo, las ha visto producir buenos resultados en aquellos casos

(1) *Lug. cit.*, y *Des émissions sanguines dans le traitement de la fièvre puerpérale* (*Bull. gén. de thér.*, marzo de 1844).

en que la fuerza del pulso y los demás síntomas anteriormente indicados daban á la enfermedad los caracteres atribuidos á la *forma inflamatoria*. Pero este es un hecho que prueba, como hemos manifestado mas arriba, que no se debe dar demasiada importancia á estas formas de la enfermedad, y aun estos casos ha visto que la sangría era seguida de una depresion del pulso que persistia despues, y tenia por consiguiente malos resultados. Se ha observado además que en ciertas epidemias se soportaban mejor las sangrías que en otras, y esto es lo que el práctico debe tener siempre presente para no insistir en un medio que pudiera ser funesto, aun cuando los síntomas pareciesen inducir á usarle. Por lo demás, notamos que estas diferencias en los efectos de las sangrías, segun tal ó cual epidemia, esplican las diferencias en las opiniones de los médicos que se han ocupado del tratamiento de la calentura puerperal, y nos hacen comprender por qué ciertos autores, tales como Dewees (1) y Siebold (2), no aconsejan la sangría sino en el momento de la invasion de la calentura. Segun que predominan los fenómenos locales ó generales, se recurre particularmente á las *sangrías generales* ó á las *sanguijuelas*. Estas se han aplicado en gran número, sobre todo en la época en que se seguian los preceptos de Broussais; pero Tonnelé (3) ha demostrado cuán funesta era en muchos casos esta práctica seguida de un modo general. Asi pues, nada se puede decir acerca de las emisiones sanguíneas que se aplican á todos los casos. El médico deberá guiarse por el estado de la enferma, y por los efectos que produzca este medio en cada epidemia particular.

Vomitivos. El uso de los vomitivos está lejos de ser nuevo, pues ya P. Frank y Hufeland los habian alabado mucho. En estos últimos años se los ha administrado principalmente cuando la enfermedad presenta los caracteres que han servido para distinguir la forma *biliosa* ó *mucosa*. En semejante caso, dice P. Dubois, curan ó detienen la enfermedad como por encanto. Seria de desear que se hiciesen rigurosas investigaciones sobre este punto, porque á pesar de que la calentura puerperal sea fácil de reconocer cuando está bien caracterizada, no se puede menos

(1) *A. Treatisse on the diseases of females; Filadelfia*, 1837.
(2) *Siebold's Journal*, y *Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. XIII, 1830.
(3) *Des fièvres puerpérales*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. XIII, 1830).

de creer que pueden simularla algunos estados accidentales, y se concebirá cuán difícil debe ser no caer en un error en tiempo de epidemia, cuando la imaginacion se halla preocupada con la enfermedad reinante. El doctor Saxtorph (1) ha obtenido, segun dice, buenos resultados con el uso de los vomitivos; mas por el contrario Botrel los ha hallado inútiles y aun peligrosos.

Purgantes. No tenemos datos mas positivos relativamente á los purgantes usados con mas frecuencia por los médicos ingleses y alemanes, que por los médicos franceses. Se ha hablado de sus buenos efectos, pero sin presentarnos pruebas convincentes. Segun Laserre, los purgantes, y sobre todo los purgantes salinos, producen con frecuencia buenos efectos despues de haber agrabado momentáneamente los síntomas, cuando la diarrea ha resistido á los medios ordinarios y en particular á los opiados; pero estas son solo apreciaciones generales que necesitan confirmarse por la análisis de un gran número de hechos particulares.

Se ha administrado indiferentemente el agua de Sedlitz, el sulfato de sosa, el aceite de ricino y el de croton. Salvo la observacion hecha por Laserre, nada induce á recurrir á uno de estos medios mas bien que á otro, á no ser el grado de purgacion que se quiere producir. Al tratar de los mercuriales diré dos palabras de los calomelanos.

Narcóticos, opiados y acónito. Es difícil que en una enfermedad, en la cual los dolores, los vómitos y la diarrea son síntomas tan dominantes, sea posible dispensarse de administrar los narcóticos. Asi pues, hay pocos autores que no los hayan empleado en el tratamiento de la calentura puerperal. Ordinariamente se administra el opio bajo sus diversas formas, y se prescriben las pociones opiadas contra los vómitos y los dolores, y el *estracto de opio*, la *codeina* y la *morfina* en las mismas circunstancias. Por lo general es necesario aumentar rápidamente las dosis para obtener un efecto notable en una afeccion que sigue su curso con tanta rapidez.

El *láudano* de Sydenham forma la base de la medicacion propuesta por el doctor Most (2), y aun se puede creer que es la única sustancia activa, porque el *elixir ácido de Haller*, al cual

(1) Véase *Bibliot. for Laeger*, t. IV; Copenhague, 1843.

(2) Citado por Mr. Smith, *Quelques consid. génér. sur la thérapeutique de la fièvre puerpérale* (*Journ. des con. méd.-chir.*, febrero de 1844).

le asocia, no debe tener en esta circunstancia sino una accion poco importante. Hé aqui como este médico dirige el tratamiento:

℞ Elixir ácido de Haller............ 4 gram. (ʒj)
Láudano de Sydenham........... 2 gram. (ʒß)

Mézclese. Se dan de quince á veinticinco gotas cada tres horas. Es necesario continuar esta administracion por espacio de veinticuatro horas.

Entonces se suspende y se observan los efectos. Puede suceder que esta dosis baste y que la curacion sea rápida. Si los síntomas se reproducen, se vuelve á empezar la administracion de las gotas de la misma manera.

Se ve, pues, que en los casos mas simples los enfermos toman de cincuenta á sesenta gotas de láudano en las veinticuatro horas, y que cuando es preciso continuar el medicamento puede duplicarse ó triplicarse en dos ó tres dias.

Most ha citado hechos en los que se ve que síntomas bastante intensos que se refieren á la calentura puerperal, se disipan en venticuatro ó cuarenta y ocho horas. Smith (1), que ha seguido el mismo método en seis casos, ha obtenido un resultado constante. Por desgracia este médico se ha olvidado de decirnos si se trataba de casos observados durante una epidemia ó en el estado esporádico, lo que es muy diferente. Pero sea de esto lo que quiera, estos hechos inducirán sin duda á los prácticos á emplear este medio bien sencillo, y á ponernos de este modo en estado de apreciar exactamente su valor.

Yo me contentaré con mencionar la *belladona*, el *beleño* y el *estramonio*, cuyos efectos nos son bastante desconocidos en esta afeccion; pero debo decir algunas palabras del *acónito* que se ha preconizado en estos últimos años.

El doctor Tessier (2) mira al acónito, que da bajo la forma de *alcoholaturo*, como una especie de específico contra la calentura puerperal. Los hechos que ha citado son todavía demasiado poco numerosos para poder decidirnos, y solo despues de haber empleado este medicamento en muchas epidemias es como se podrá fijar su valor. Dubreilh, hijo (3), ha referido por

(1) *Lug. cit.*, p. 53.
(2) *Gaz. méd.*, marzo de 1846.
(3) *Union médicale*, 2 de setiembre de 1844.

su parte, un caso de curacion por este tratamiento; pero es menester notar que en este caso se han usado las fricciones mercuriales y un gran vejigatorio al vientre, medios de que no se debe hacer abstraccion cuando se trata de apreciar los efectos de un tratamiento cualquiera. Hé aqui como Dubreuilh ha administrado el alcoholaturo de acónito.

℞ Alcoholaturo de acónito....... 6 gram. (ʒjß)
Jarabe de azúcar............. 130 gram. (℥jv)

Mézclese. Se da una cucharada en cada taza de tisana.

Repito que esta medicacion debe someterse á nuevos esperimentos, y sobre todo se la deberá ensayar en tiempo de epidemia. Ya el doctor Duhamel (1) ha visto emplear muchas veces este medicamento sin ningun resultado en una epidemia que ha reinado en el Hotel Dieu, y todo hace temer que se hayan hecho ilusion administrándole en casos aislados y poco graves.

Mercuriales. Ya he dicho anteriormente que se ha hecho gran uso de los *calomelanos*, y en Inglaterra es donde se ha recurrido á ellos con mas frecuencia. Unas veces se han dado á una dosis bastante considerable, de manera que se produjese una purgacion mas ó menos fuerte, como de 1 á 3 gramos (18 á 54 granos), y otras á dosis fraccionadas, como 2 á 3 centígramos ($^{2}/_{5}$ á $^{3}/_{5}$ de grano) cada media hora ó cada hora.

Cuando se trata de apreciar la utilidad de este medicamento, esperimentamos la misma incertidumbre que hemos espresado hartas veces en el curso de este artículo.

Es sabido con qué entusiasmo se ha hablado en estos últimos años de los felices efectos de las *fricciones* ó *unturas mercuriales* sobre el abdomen en la peritonitis. Se han usado estas fricciones y estas unturas en los casos de calentura puerperal, en los que como he dicho, es tan frecuente la peritonitis. Pues bien, no hemos podido encontrar ninguna prueba convincente de su eficacia, y en cuanto á la manera de usarlos, ya la he indicado en el artículo *Peritonitis*.

Inyecciones intrauterinas. Las inyecciones intrauterinas, que habia propuesto Vidal, de Cassis, contra el catarro uterino (2), se han usado tambien en la calentura puerperal con metro-

(1) *Considérations sur la fièvre puerpérale*, etc.; Tésis, Paris, 1850.

(2) *Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de l'utérus*; Paris, 1840.

peritonitis. Gensoul y Roche (1) las recomiendan, Roche en particular dice que esta práctica ha tenido muchas veces en sus manos buenos resultados, y Bonnet de Poitiers (2) las ha usado en un caso, pero sin éxito. Nada mas podemos decir de positivo sobre este punto; pero si se quisiesen poner en uso las inyecciones, seria necesario obrar con mucha prudencia; no inyectar el líquido con demasiada fuerza ni prontitud, y no emplear sino las inyeciones emolientes, como recomienda Vidal.

Segun Malgaigne (3), el mejor tratamiento en la calentura puerperal consiste, despues de haber hecho una sangría moderada del brazo, en *mantener las enfermas á una temperatura elevada*, sujetando las cubiertas de la cama, y cubriendo el vientre con cataplasmas calientes y dando bebidas sudoríficas. Por este medio, dice, no pierde mas de una recien parida por cada cuarenta y cuatro, al paso que en los hospicios de Maternidad se pierden una por cada veinticinco ó veintiseis. Esta es una medicacion que merece esperimentarse por otros prácticos.

Medios diversos. Solo me resta indicar cierto número de medios, que se han aconsejado por autores recomendables, pero sobre los cuales solo tenemos datos insuficientes. En primera línea se encuentra la *trementina*, usada principalmente por los médicos ingleses y americanos, entre los cuales es necesario citar á los doctores Payne (4), Atkinson (5) y Johnson (6). Se da este medicamento á la dosis de 4 á 8 gramos (1 á 2 dracmas) cada dos ó tres horas.

Vienen en seguida el *nitrato* y el *carbonato de potasa* (Recamier), el *ioduro de potasio* (Schmitz) (7), el *crocus metallorum* ó *sulfuro de antimonio* y *de potasa pulverizado* (Eisenmann) (8), y los *ácidos minerales* (Wedekind, Most); pero solo la esperimentacion ulterior nos puede enseñar cuál es la verdadera accion

(1) *Sur les inject. intrauter. dans la fièvre puerpérale* (*Union méd.*, 6 de diciembre de 1849).

(2) *Des inject. intra-utérines dans les fièvres puer.* (*Union méd.*, 8 de enero de 1830).

(3) Véase MAURAT, *De la métro-péritonite puerpérale*; Tésis, Paris, 1849.

(4) *The Edin. med. and surg. Journ.*, 1822.

(5) *The Lond. med. and phys. Joun.*, 1815.

(6) *The Philadelph. Journ.*, 1825.

(7) *Neue Zeitscrift d. Geburts*, t. II.

(8) *Die Kindbettfieber*, etc.; Erlangen, 1835.

de estos medicamentos y en qué circunstancias deben administrarse.

Cuando predominan los signos de la inflamacion, se auxilia la accion de las medicaciones precedentes con *baños*, *inyecciones emolientes*, *cataplasmas*, etc. Cuando por el contrario las enfermas estan en el colapso, se dan algunos *tónicos*; pero estos medios, entre los cuales ocupa el primer lugar la *quina*, se reservan mas particularmente para la convalecencia.

Por último, debe ser muy severa la *dieta* mientras que existen los síntomas principales, y en la convalecencia no se debe volver al régimen ordinario sino lentamente y con mucha precaucion.

En cuanto al *tratamiento de las lesiones que persisten*, ya le he espuesto en los artículos dedicados á la *peritonitis*, á la *metritis*, á la *ovaritis*, etc.

Tratamiento preservativo. A pesar de que se usen todas las medicaciones precedentes, es siempre muy considerable la mortalidad que produce la calentura puerperal. Asi pues, los médicos han investigado por qué medio podian preservar á las mugeres de tan grave enfermedad.

Tessier cree que el *alcoholaturo de acónito* puede obrar no solo como medio curativo sino como preservativo; mas los hechos no son bastante numerosos para dar nuestra opinion sobre este punto.

Un medio que se ha esperimentado algo mas consiste en la administracion del *sulfato de quinina*, usado por Leudet (1), médico del Hotel Dieu de Rouen. En ninguno de los casos en que se ha administrado este medicamento se ha declarado la calentura puerperal, al paso que en las mismas épocas la calentura puerperal reinaba en las parturientas que no se habian sometido á esta medicacion preventiva. Hé aqui cómo Leudet prescribe el sulfato de quinina:

«Inmediatamente que la recien parida se halla un poco repuesta de la fatiga ocasionada por el parto, es decir, unas cuatro horas despues del alumbramiento, se debe hacer tomar un gramo (18 granos) del medicamento en las veinticuatro horas y en tres veces. Al dia siguiente se ordena otro gramo de sul-

(1) Véase De Folleville, Tésis, Paris, 1847.

fato. En los dias siguientes se reduce la cantidad de esta sal á 60 centígramos (12 granos), y se la continúa hasta que la muger haya pasado la época en que suele desarrollarse la calentura puerperal, esto es, hasta el sesto dia sobre poco mas ó menos. La calentura de la leche no es siempre una indicacion para suspender su uso, porque las mas veces es tan poco intensa en las personas que van á reclamar los auxilios de los hospitales, que apenas la acompañan algunos síntomas generales. En los casos mas frecuentes la calentura puerperal empieza del segundo al cuarto dia despues del alumbramiento; entonces basta esperar que esta se haya verificado para empezar el tratamiento profiláctico. Pero esto no es suficiente cuando la calentura se desarrolla durante el parto ó inmediatamente despues de su terminacion, como se ha visto en ciertas epidemias, y particularmente en el Hotel Dieu de Rouen, en el mes de setiembre de 1843. A la primera señal que anunciaba que iba á empezar el parto era menester recurrir al sulfato de quinina. Nunca ha visto Leudet sobrevenir graves accidentes á consecuencia de esta medicacion, y si ha habido alguna vez ligeros desvanecimientos, un poco de cefalalgia y lentitud en el pulso, todo esto ha sido tan poco marcado que no se ha creido oportuno ocuparse de ello, y mucho menos suspender el tratamiento profiláctico.»

Empleando este tratamiento preventivo en un gran número de epidemias y en diversos paises, es como se llegará á conocer su verdadera eficacia. Unicamente añadiré aqui que Dubreuilh, hijo (1), ha visto poner en práctica por Cazeaux este método de tratamiento en veinticinco mugeres que tomaron asi el sulfato de quinina á la dosis de un gramo en las veinticuatro horas durante cuatro dias, empezando inmediatamente despues del parto; solo trece fueron atacadas de calentura puerperal, y solo tres sucumbieron. Estos resultados son mucho menos felices que los indicados por Leudet, y sin embargo, es de observar que la mortalidad no ha sido tan considerable como lo es ordinariamente.

Malgaigne emplea como tratamiento profiláctico el sustraer

(1) *Du sulfate de quinine comme moyen prophylactique de la fièvre puerpérale* (*Union méd.*, 22 de abril de 1848).

á las enfermas de la temperatura esterior de la misma manera que en el tratamiento curativo.

El *aseo*, una *buena higiene*, la *ventilacion de las salas*, el *cuidado de evitar el hacinamiento*, y aun el de *evitar* á las mugeres *todo contacto* con las materias, cualesquiera que ellas sean y que provengan de otra enferma; en fin, la *evacuacion de las salas* si la epidemia se desarrolla mas, son medios que apenas necesitan indicarse, asi como *el alejamiento de los focos de infeccion*, y cuando es posible hasta del pais en donde reina la calentura puerperal.

Resúmen. Tal es el tratamiento de una enfermedad, que á pesar de todos los esfuerzos de los médicos hace numerosas víctimas, por lo que basta decir que es todavía muy incierto. Las emisiones sanguíneas, los emolientes, las fricciones mercuriales, los vomitivos, los purgantes y el opio son los medicamentos que mas generalmente se usan, y agregándoles el sulfato de quinina como medio profiláctico, se tendrá el tratamiento á que se puede dar el nombre de tratamiento ordinario de la calentura puerperal. Como los casos no son bastante marcados, nos es imposible dar prescripciones que se apliquen á hechos bien determinados, y es mejor abstenerse de formarlas.

Breve resúmen del tratamiento.

Emisiones sanguíneas, vomitivos, purgantes, narcóticos, opio, acónito, mercuriales, inyecciones intrauterinas, sustraer á las enfermas de la temperatura esterior. *Medios diversos:* trementina, sal de potasa, etc., emolientes, tónicos, régimen. *Tratamiento preservativo.*

ARTICULO VII.

CALENTURA AMARILLA.

Asi como el *typhus fever*, la calentura amarilla es una enfermedad que no se presenta en todos los paises, porque

hay límites geográficos que jamás ha traspasado. Los sitios en que se la observa son las islas de una parte del Continente americano y algunos puntos del Africa; pero se la ha visto aparecer con bastante frecuencia bajo la forma de epidemia en el litoral de España y de Portugal. Tambien se la ha visto aparecer en Liorna, en Italia, y aun se ha pretendido que se habia presentado en Rochefort, en Francia, pero esto es muy dudoso.

¿Cuál es el sitio originario de la calentura amarilla? Es imposible responder de un modo preciso á esta cuestion; pero si se considera que en la antigüedad no se encuentra ningun vestigio evidente de esta afeccion, que no ha empezado á ser bien conocida hasta la vuelta de los españoles del Nuevo Mundo, que allí es donde reina constantemente ejerciendo los mayores estragos, nos vemos inclinados á creer que en América es donde ha tomado orígen, aunque sin poder decir si existia ya antes de la llegada de los españoles (lo que parece probable), ó si se ha desarrollado despues de la conquista.

Antes de mediados del siglo XVII solo encontramos indicaciones mas ó menos vagas sobre la calentura amarilla. Solo en esta época tomaron las descripciones un carácter científico, despues se multiplicaron siendo estudiada la enfermedad á la vez en las colonias españolas, francesas, inglesas, y en los puntos de Europa en donde se declaraban las epidemias. Me limitaré á indicar algunos de los principales trabajos en el curso de este artículo.

§. I.

DEFINICION Y SINONIMIA.

Es difícil dar una buena definicion de la calentura amarilla. Se ha dicho que esta afeccion es una enfermedad febril, caracterizada por el color rojo y despues amarillo de la piel, por el dolor epigástrico, los vómitos negros y la retencion de orina; pero estos síntomas solo se presentan en los casos graves, pues hay casos tan leves en que apenas se nota un ligero malestar, sin color amarillo y sin ninguno de los otros síntomas que acabo de indicar, y en que á pesar de esto un estudio

atento de los hechos prueba que no por eso ha dejado de existir la enfermedad, y que los sugetos estan libres de ella para lo sucesivo. No diré mas por ahora sobre este punto, y remito á la indicacion de las lesiones anatómicas lo que tengo que decir acerca del carácter epidémico de la calentura amarilla.

Esta afeccion ha recibido muchos nombres, y los principales son los siguientes: *tifo*, *typhus ictérodes*, *tifo náutico*, *tifo amarillo*, *calentura biliosa de América*, *golpe de barra*, etc. Tambien se le han dado los nombres de los paises donde se le ha observado, tales como: *calentura de América*, *de la Martinica*, *de las Barbadas*, *de Liorna*, ó bien se la ha designado fundándose en otro síntoma diferente de la ictericia, á saber: *vómito negro*, etc.

§. II.

CAUSAS.

He dicho mas arriba *que la calentura amarilla no se presenta sino en ciertas regiones*. Este es un hecho fundado en numerosas observaciones; pero sin entrar en otros pormenores me contentaré con decir que nunca ha pasado los 48 grados de latitud boreal, y los 8 de latitud austral.

Segun todas las observaciones se necesita *cierto grado de elevacion de la temperatura* para que se produzca la enfermedad (unos 18 grados + 0). Si la temperatura pasa de este grado, si el calor es quemante y el pais árido, no se desarrolla la fiebre amarilla. Tampoco existe en una temperatura inferior.

De todas las *estaciones* el estio y el otoño son las mas favorables para su desarrollo.

Muchos autores, entre los cuales debe citarse principalmente á Chervin (1), han dicho que la calentura amarilla es de naturaleza paludosa, es decir, que es debida á la misma causa que la calentura intermitente. El doctor Souty, cirujano distinguido de marina (2) es de esta opinion, sin conceder á esta causa una influencia esclusiva; pero no todos los

(1) *De l' identité de nature des fièvres d' origine paludéenne* (*Bulletin de l' Académie de médecine*; Paris, 1842, t. VII, p. 1045 y sig.).

(2) Tésis, Mompeller, 1843.

hechos vienen en apoyo de esta esplicacion. El doctor Dutroulau (1), que nos ha dado una descripcion escelente de la epidemia de calentura amarilla que se observó en la Martinica de 1839 á 1841, cita epidemias que se han desarrollado en sitios muy distantes de todo terreno pantanoso.

Todos los autores estan conformes en incluir la humedad entre las causas principales de la calentura amarilla; el mismo Dutroulau admite la influencia de esta causa, y en efecto, es de notar que se presente la enfermedad principalmente en las estaciones pluviosas y en los parajes en que las lluvias son abundantes y de larga duracion. Estas dos condiciones, *humedad* y *calor*, parecen por consiguiente las principales condiciones atmosféricas en que se desarrolla.

Segun las investigaciones de Dutroulau, deben unirse á estas causas ciertos *vientos* que varian segun los sitios; el viento del Sur, por ejemplo, en la Martinica, la abundancia de la *electricidad* en la atmósfera y las tempestades.

Se ha dicho que ataca con menos frecuencia á los niños que á los adultos, invadiendo con preferencia á los sugetos de *temperamento bilioso*, etc.; pero sobre esto no tenemos pruebas suficientes.

Aclimatacion. Se ha observado que en las epidemias los europeos, y sobre todo los recien desembarcados, son acometidos con particularidad, y de aqui se ha deducido que se necesitaba cierta aclimatacion para resistir á la calentura amarilla. No pretenderé lo contrario, pero haré notar que este hecho no se halla tan demostrado como comunmente se cree. De las observaciones de Louis (2) resulta que hay casos de calentura amarilla sumamente leves, y que por otro lado esta enfermedad (los casos contrarios son escepciones) no ataca á los sugetos mas que una vez. Ahora bien, ¿no debe haber aqui bastantes casos que pasen desapercibidos, y de aqui resultar, á lo menos en parte, la inmunidad qne se atribuye á la aclimatacion?

Infeccion y contagio. No puedo entrar en las largas discusiones que se han suscitado sobre este punto de etiologia,

(1) Tésis, Paris, 1842.

(2) *Rech. sur la fièvre jaune de Gibraltar de* 1838 (*Mém. de la Soc. méd. d' obs. de Paris*, t. II, 1844).

y debo limitarme á decir que generalmente se admite la infeccion, y que el contagio que apenas se dudaba antiguamente, se mira en el dia como dudoso ó es negado formalmente por la mayor parte de los médicos. Louis, Trousseau y Chervin han reunido en Gibraltar un número considerable de datos sobre este punto de etiologia (1); pero por desgracia ninguno de ellos nos ha dado su análisis.

Basta una sola palabra para esponer las *causas ocasionales* que todos los autores han mirado como muy secundarias. Las que se han señalado son las *emociones morales vivas*, las *grandes fatigas* y los *escesos* de todo género, la esposicion al frio y la humedad, ó por el contrario la insolacion prolongada. ¿Cuál es el grado de accion de estas causas? No es posible decirlo por los datos que tenemos.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los *síntomas* de la calentura amarilla han sido estudiados con el mayor cuidado por muchos observadores; pero Louis es el primero que ha seguido en su descripcion un método y un órden convenientes, y por consiguiente debemos adoptar su relacion; pero como en ciertas epidemias se han encontrado síntomas particulares, y como es una opinion muy acreditada el que las diversas epidemias de la fiebre amarilla ofrecen muchas veces un aspecto bastante diferente, buscaré en los otros autores lo que haya mas importante sobre este punto de vista.

Invasion. La calentura amarilla empieza casi indiferentemente á todas las horas del dia y mas rara vez por la noche. *En los casos graves* abre la escena una cefalalgia intensa con escalofríos, temblores y dolores en los miembros, poco despues aparecen la rubicundez y el abotagamiento de la cara precedidos ó acompañados de dolores dorsales. Algunas veces estos dolores son muy vivos, lo cual ha valido á la enfermedad el nombre de *golpe de barra.* Dutroulau ha indicado en algunos casos *síntomas*

(1) *Documents recueillis par la commission médicale francaise envoyée à Gibraltar pour observer la fièvre jaune*; Paris, 1830, 2 vol. en 8.°

precursores que consisten en cierto malestar, abatimiento y anorexia. En los casos leves los mismos síntomas indican el principio, pero son poco intensos y en ocasiones tan débiles que no se ven precisados los enfermos á guardar cama.

Síntomas de la enfermedad confirmada. Casos graves. Los escalofríos pueden repetirse durante cierto tiempo, siendo reemplazados de ordinario por un *calor* que no es muy incómodo y que á veces es seguido de un *sudor* variable. Hácia el fin de la enfermedad en los sugetos que sucumben sobreviene un enfriamiento de los miembros mas ó menos marcado.

La *cefalalgia* persiste y no se disipa hasta la mitad del curso del mal; en los casos en que la invasion es rápida, es intensa ordinariamente, suborbitaria y á veces general.

Bien pronto los *ojos* se ponen rubicundos, lagrimosos y brillantes, los enfermos se quejan de sentir comezon y picor, la *cara* está rubicunda, animada y algo hinchada, y su color en la epidemia observada por Dutroulau se parecia al de la caoba clara. En algunos casos la rubicundez se estiende hasta los tegumentos de la parte anterior del pecho, y en una época mas adelantada de la enfermedad se manifiesta el color amarillo de los tegumentos, pero en grados muy diversos. En ciertos individuos apenas es perceptible y se limita al tronco ó al pecho, punto en que empieza á presentarse despues de la rubicundez; en otros el tronco y los ojos se presentan amarillos, y por último, en otros este color se manifiesta en la cara y aun en todo el cuerpo. Este síntoma no es constante ni aun en los casos graves; pero mas adelante veremos que Dutroulau ha encontrado constantemente vestigios de él en los cadáveres.

En algunas casos graves la *lengua* está seca y ofrece un color gris oscuro, por lo comun se presenta húmeda y blanca, y á veces tiene una capa sucia, un tinte violado (Dutroulau).

La *sed* es intensa, el *apetito* nulo, y quince ó veinte horas despues de la invasion se manifiestan síntomas gástricos notables, consistiendo al principio en *dolores epigástricos*, pero que no se presentan en todos los casos, y que no son fuertes sino en un corto número de sugetos. Los *vómitos*, que tampoco son constantes, pero que como el síntoma anterior son tanto mas frecuentes cuanto mas grave es la enfermedad, son al principio biliosos ó alimenticios; pero en una época mas avanzada del mal

son agrisados ó bien estan compuestos de una materia morena ó negra, que todo induce á creer es sangre alterada, ó en fin, estan formados de sangre pura.

Al principio el vientre no presenta otro fenómeno que un ligero *estreñimiento;* mas tarde se ve, pero solo en ciertos sugetos, que las *evacuaciones de vientre* se hacen negruzcas y que en un cortísimo número de casos se presenta un verdadero flujo de sangre ó una diarrea biliosa (Dutroulau). Este último caso es muy raro, porque Louis no ha observado la diarrea á no ser que fuese provocada. El vientre sigue blando, indolente y bien conformado escepto en la region epigástrica.

En la primera parte del curso de la afeccion, la *orina* sale libremente y solo es un poco rojiza; pero en una época avanzada se suprime en cierto número de casos.

Uno de los síntomas mas notables es la *agitacion*, por lo comun escesiva, que tienen los enfermos. Muchas veces no saben qué posicion guardar, y se hallan en la mayor ansiedad. Mas tarde se observan en algunos casos, sobre todo cuando la enfermedad debe terminar por la muerte, espasmos, saltos de tendones y delirio ligero. Dutroulau ha visto algunas veces poco antes dela muerte, *convulsiones* generales con espuma en la boca. En otros casos, por el contrario, todos los síntomas nerviosos se calman, el enfermo queda tranquilo, y hay una mejoría engañosa que en ciertos paises se llama *mejoría de la muerte.*

La *respiracion* está un poco acelerada al principio, despues á proporcion que adelanta la enfermedad es anhelosa, cuyo síntoma suele ser muy notable poco antes de morir.

El *pulso* está generalmente en relacion con el grado de calor; es dilatado y duro al principio, pero medianamente acelerado, presentando por lo general de ochenta á cien pulsaciones, aunque algunas veces da mas, pero no muchas. Cuando la enfermedad progresa hácia la muerte el pulso se pone blando, depresible y pequeño, pero no sensiblemente acelerado; á veces es lento y regular. Dutroulau ha observado en ciertos casos *hemorragias* en el espesor de los miembros que habian sido ya indicadas por otros autores. En un individuo estas hemorragias causaron la muerte.

Tales son los síntomas que se presentan en los casos graves; pero no me cansaré de repetirlo, ninguno hay que sea constan-

te, solo se puede decir en general que son tanto mas numerosos y violentos cuanto mas grave es la enfermedad, y aun esta regla tiene escepciones sumamente notables, como de ello ha citado Louis algunos ejemplos. Unicamente citaré uno en que hubo como síntomas un poco graves, dolores bastante vivos en las pantorrillas y supresion de orina, sin náuseas ni vómitos, ni el mas ligero desórden de la inteligencia, y sin embargo, el enfermo sucumbió del cuarto al quinto dia de la afeccion. Estos hechos son tan conocidos en Gibraltar que se habia dado un nombre particular á esta terminacion: decíase que los *enfermos morian en pie*.

Al ocuparme de cada síntoma he dicho el carácter que toma al acercarse la muerte; hé aqui ahora, segun la descripcion de Dutroulau (1), como remiten los síntomas. «Cuando se verifica la curacion, es decir, cuando no se han presentado los vómitos ni las deposiciones negras, y no han sido muy abundantes las hemorragias pasivas, hácia el sesto ó sétimo dia y á veces antes, cesa la agitacion, la piel se pone madorosa y templada, se disipa la ictericia, ó por el contrario, algunas veces se marca mas ó se hace mas crítica; sale la orina con facilidad, la lengua se humedece y se limpia, pero puede quedar rubicunda por mucho tiempo y dejar rezumar un poco de sangre; los vómitos y las deposiciones cambian de naturaleza y acaban por suprimirse dando principio á la convalecencia.»

En algunos casos retardan la *convalecencia* las *parótidas* ó los *abscesos* de los miembros, resultado probable de las hemorragias mencionadas mas arriba; pero aun cuando estos síntomas no se manifiesten, es de notar que la convalecencia casi siempre es lenta, y no guarda proporcion con la duracion de la enfermedad.

Casos leves. La enfermedad en los casos leves es notable á la vez por la poca gravedad y los pocos síntomas. Es tan importante el conocimiento de estos hechos y han sido tambien descritos por Louis (2), que no puedo menos de dejar hablar á este autor. «Por lo general, dice, habia tambien al principio cefalalgia, escalofrios seguidos de un poco de calor, algunos do-

(1) *Lug. cit.*, p. 22.
(2) *Lug. cit.*, p. 146.

lores en los miembros y rubicundez de la cara y de los ojos; pero los dolores epigástricos eran raros, y lo mismo sucedia con los vómitos que casi nunca se verificaban espontáneamente y en ningun caso ofrecian un color moreno. El calor y la sed eran sumamente leves, y se hallaban tan poco disminuidas las fuerzas que los enfermos no guardaban cama, ó la guardaban poco tiempo, medio dia, á lo cual llamaban *pasar la enfermedad en pie*. En este grado de la afeccion pudieron burlar la vigilancia de los inspectores de sanidad, cuando eran prevenidos con tiempo de su llegada, ocupándose entonces delante de ellos de algunos trabajos que les eran familiares ó tocando algunos instrumentos.

«Muchos de ellos apenas sintieron un movimiento febril de veinticuatro á treinta y seis horas, y se vieron libres de toda enfermedad en el curso de la epidemia, aunque estuvieron espuestos á todas las causas que hubiera podido desarrollar la fiebre amarilla.»

Y mas adelante añade Louis. «En estos, como en los casos de que se ha tratado mas arriba, la duracion de la convalecencia no era proporcionada á la de la enfermedad, y aun la desproporcion era mucho mas considerable que en los casos graves.»

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es muy variable, ordinariamente es contínuo; pero en algunos casos ha sido remitente (1). Los médicos que han observado la calentura amarilla en las Antillas la han visto tomar el carácter intermitente. Rufz y Dutroulau (2) han observado este hecho en cierta época del año: desde noviembre á mayo es la época en que reinan las fiebres intermitentes; pero estos dos hábiles observadores nada han encontrado de regular en la vuelta de los accesos. El doctor Pugnet la ha visto

(1) DALMAS, *Rech. sur la fièvre jaune*; Paris, 1805.—BALLY, *Typhus d' Amérique*; Paris, 1814.—CAILLIOT, *Traité de la fièvre jaune*; Paris, 1815.—THOMAS, *Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans*; Paris, 1849 etc.

(2) *Épidémie de 1838 à 1841* (*Bulletin de l' Académie de médecine*, t. VII, p. 1045).

afectar el tipo de terciana doble, observacion que le es particular.

Se han distinguido en la enfermedad *tres períodos*, pero es raro que esten bien marcados: el *primero* está caracterizado por la cefalalgia, los dolores de los miembros, del epigastrio y de la espalda, los escalofrios, el calor y la rubicundez de los ojos y del pecho. El *segundo* es mucho mas vago: está caracterizado por la aparicion del color amarillo y la remision de los síntomas. El *tercero* tiene por caracter la ictericia mas ó menos intensa, los vómitos negros, las deposiciones tambien negras, las diversas hemorragias y la supresion de orina.

Bien se hecha de ver que de estos períodos el segundo no es mas que una transicion sin caracteres marcados, y asi muchos autores, especialmente Louis y Dutroulau solo admiten dos períodos, el primero y el tercero de los que acabo de indicar. No olvidemos tambien que en los casos leves y en ciertos casos graves de aspecto leve, nada hay que se parezca á períodos distintos. Algunas veces en las epidemias de calentura amarilla, como en todas las epidemias, se ven casos en los cuales sucumben los sugetos en algunas horas, esta es la *calentura amarilla fulminante*.

Es probable, sin embargo, que muchas veces se hayan tomado por casos semejantes aquellos casos latentes en los cuales los enfermos *mueren en pie*, para servirme de la espresion consagrada por el uso.

La *duracion* de la afeccion es bastante variable; puede no pasar de tres ó cuatro dias, y algunas veces menos, ó prolongarse mas de veinte, sin comprender la convalecencia, que como he dicho mas arriba es de ordinario larga.

La *terminacion* de la calentura amarilla es frecuentemente funesta; pero la mortalidad es muy variable segun las epidemias. En las que observó Dutroulau ha sido de uno por cinco; es raro que sea mayor, y lo general es que sea notablemente menor. La mortandad, segun la mayor parte de los autores, es mayor al principio que al fin de las epidemias; sin embargo, ha sido la misma en todas las épocas de la epidemia observada por Louis en Gibraltar. Es mucho menos considerable en los casos esporádicos. Las *recaidas* son generalmente poco frecuentes, pero hay circunstancias en que son menos raras. En los

casos observados por Dutroulau han sobrevenido diez y siete veces, y ordinariamente eran mas graves que el primer ataque.

La calentura amarilla solo ataca una vez por *regla general*, pero hay algunas *escepciones*. Dutroulau ha citado cuatro casos auténticos en quinientos casos: proporcion muy poco considerable, y no por eso es menos notable la inmunidad debidà á un primer ataque. Es de sentir que no se haya observado si las *recidivas* son tan graves como el primer ataque.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

La lesion mas notable es sin disputa la alteracion del color del *hígado*. Louis ha encontrado este órgano de color de café con leche claro, de gutagamba, de mostaza, de naranja y de aceituna. Dutroulau ha encontrado siempre la coloracion morbosa variando desde el amarillo de paja al amarillo de azafran, y en algunos casos de un color gris claro, y Rufz ha hecho las mismas observaciones. Ya en otras epidemias se habia notado el color amarillo del hígado, pero no con esta precision, por lo que todo hace creer que esta es la lesion anatómica esencial. Algunos médicos han pretendido que no es constante, pero no han dado como los autores anteriores la análisis de los hechos. La cohesion del hígado se halla tantas veces aumentada como disminuida, y rara vez está aumentado el volúmen de este órgano.

Las otras lesiones no son constantes; sin embargo debemos notar que Dutroulau ha observado siempre despues de la muerte el color amarillento de los tegumentos, aunque este color no habia sido apreciable durante la vida.

En el estómago y en los intestinos se encuentra un líquido que varía desde el color rojo claro al negruzco, pero solamente en las tres cuartas partes de los casos. La mucosa gastrointestinal ofrece numerosas alteraciones de consistencia, de color y de grosor; pero en algunos casos está completamente sana.

Las congestiones, infiltraciones ó derrames sanguíneos en el tejido celular y en el parenquima de ciertos órganos (sobre todo la piel) en algunos sugetos, la coloracion azul verdosa de la

albúmina precipitada de la sangre por el ácido nítrico (Dutroulau), la pérdida del sabor salado de este líquido (1) y su difluencia, son las únicas lesiones que nos importa indicar todavía, haciendo notar de paso que no son constantes y que algunas de ellas necesitan nuevas investigaciones.

Bien se ve que estas lesiones no nos ilustran sino muy imperfectamente acerca de la naturaleza de la fiebre amarilla, y por consiguiente debemos admitir con Louis la existencia de una causa muy enérgica, cuyo único efecto constante es la alteracion especial del hígado.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Si el sugeto, despues de un movimiento febril un poco notable, presenta la rubicundez de los ojos y de la piel y despues los dolores epigástricos, las náuseas, los vómitos, la agitacion, y en fin el color amarillento de la piel, los vómitos y las deposiciones negras y la supresion de orina, el *diagnóstico* es cierto. En efecto, no podria confundirse semejante afeccion sino con la *ictericia febril* y la *hepatitis aguda;* pero en estas enfermedades el color amarillo se produce casi desde el principio, la fiebre es intensa, los vómitos son de ordinario biliosos, las deposiciones descoloridas, la orina de un amarillo rojizo y biliosa. Añádase á esto el dolor en la region hepática y el aumento de volúmen del hígado, y se verá que no es de temer una equivocacion.

Pero hemos visto anteriormente que aun en los casos graves pueden faltar los síntomas principales, en cuyo caso no puede formarse un diagnóstico exacto, habiendo solamente presunciones mas ó menos fuertes sacadas de la existencia de una epidemia, de la permanencia del sugeto en el foco de la infeccion, etc.

Las mismas reflexiones se aplican á los casos leves. Al principio de una epidemia se los debe desconocer casi infaliblemente, y las únicas circunstáncias en que se puede formar un diag-

(1) STEVENS, *The Lond. med. and phys. Journ.*, enero de 1850.

nóstico van espresadas en el pasaje siguiente, que tomo de Louis: «Si se llegasen á observar en poco tiempo muchos casos semejantes á aquellos de que acabamos de hablar, en los meses de agosto y setiembre, y en la latitud en que reina la fiebre amarilla, si los ojos se presentan inyectados desde el principio, el rostro encendido, la cefalalgia es intensa y el epigastrio está un poco sensible á la presion, habria sobrados motivos para sospechar que existia esta afeccion, aun cuando no se hubiese declarado la epidemia; y no habria la menor duda sobre este punto, si se llegase á declarar en *todos ó la mayor parte de los individuos de una misma familia*, *en medio de una epidemia* y en un espacio de tiempo poco considerable; porque una afeccion que no tiene este carácter no ataca en tan poco tiempo á tantas personas de una misma familia, fuera de los casos de una epidemia de calentura amarilla.»

Pronóstico. Por lo dicho mas arriba se debe proceder con mucha reserva cuando se trata de formar el pronóstico de la fiebre amarilla. En efecto, hemos visto que algunos sugetos sucumben despues de algunos dias de un estado que puede considerarse como un simple malestar; por lo tanto en ningun caso puede anunciarse una curacion cierta, pero hay circunstancias que hacen muy funesto el pronóstico; tales son los vómitos y las deposiciones negras, las hemorragias mucosas ó intersticiales, el color amarillo de una parte del cuerpo, la supresion de la orina, una agitacion estrema y un abatimiento profundo. Cuando despues de una grande agitacion se ve sobrevenir una calma notable, no deben considerarse todavía fuera de peligro los enfermos, pues hay que consultar todos los otros síntomas y acordarse de la mejoría aparente que en ciertos paises ha recibido el nombre de *mejoría de la muerte*.

§. VII.

TRATAMIENTO.

El *tratamiento* de la fiebre amarilla contiene una multitud de medios que alternativamente han sido encomiados y despreciados, y de cuya utilidad es muy dificil juzgar. Un hecho muy notable es que en la epidemia de Gibraltar la mortalidad fue

casi la misma en los militares tratados por los médicos ingleses que en los hombres de la ciudad tratados de diferente modo por los médicos españoles. Comparando este resultado con la grande variedad de opiniones sobre los efectos de los principales medios terapéuticos, nos vemos inclinados á deducir que el tratamiento de la fiebre amarilla está muy poco adelantado, y que debemos tener muy poca confianza en nuestros medios de accion. Vamos pues, á revisarlos rápidamente.

Emisiones sanguíneas. Unos estan por las grandes *sangrías*, otros por las moderadas y otros proscriben toda evacuacion de sangre. ¿Qué es lo que debemos creer en este caso? Limitarnos á decir que los mas (Lind, Poissonnier, Desperrieres, Thomas, etc.) estan en favor de la sangría. Las *sanguijuelas* y las *ventosas escarificadas* solo se emplean para combatir los síntomas locales (cefalalgia y dolores epigástricos).

Los médicos españoles hacen mucho uso de los *vomitivos* y *purgantes*. ¿Cuál es su utilidad al principio del mal? No es posible decirlo; pero sí que son perjudiciales pasados los primeros dias. El doctor Thomas (1) no aconseja mas que simples laxantes, y aun no los da sino cuando el estómago no está demasiado afectado.

Los *vejigatorios* y las *moxas* en el epigastrio y en la nuca han producido alguna vez alivio; pero su efecto es muy limitado, y tiene el inconveniente de producir úlceras que pueden gangrenarse. Se ha propuesto aplicar los vejigatorios para provocar la aparicion de la ictericia; pero ¿hay ventaja en producir este efecto, y el vejigatorio puede producirla?

Nos vemos obligados á convenir en que la medicacion por los *sudoríficos*, los *escitantes generales*, los *antiespasmódicos*, los *ácidos*, los *rubefacientes* y los *escitantes de la piel*, no nos ofrece mayor seguridad. Yo sé muy bien que otros muchos los han alabado, y tampoco ignoro que Pugnet les atribuia una influencia muy grande; pero lo que necesitábamos eran pruebas que demostrasen que con ellas ha disminuido la mortalidad y estas pruebas nos faltan. Bástenos, pues, decir que *interiormente* se dan el vino, el aguardiente, el ron, el éter, el alcanfor y los ácidos minerales, y que *al esterior* se hacen fricciones ca-

(1) *Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans*, etc.; Paris, 1849.

lientes y secas, alcohólicas é irritantes, se aplican sinapismos ambulantes á los miembros y al tronco, etc.

Las *lociones* y las *afusiones frias* se han empleado igualmente como tratamiento general. El doctor Thomas ha visto calmarse los vómitos con el *hielo* tomado interiormente. Las *fricciones* y las *embrocaciones oleosas*, y las *fricciones con rajas de limon*, son remedios caseros que no han sido esperimentados lo suficiente por los médicos, y que segun todas las apariencias no tienen mucha eficacia. Sin embargo, el citado Thomas habla de ellos con ventaja y recomienda tambien los baños tibios.

La supresion de la orina que se observa en algunos casos ha sugerido la idea de administrar los *diuréticos;* pero casi todos los médicos dicen que estos medios han sido completamente inútiles.

Tónicos. Pocos son los autores que no hayan aconsejado los tónicos, principalmente la quina y el sulfato de quinina; pero los han recomendado por diferentes títulos. En efecto, unos dan la *quina* únicamente para combatir la atonía, y la comision de Barcelona ha recomendado administrarla lo mas pronto posible y á dosis elevada; y otros, y particularmente los médicos que han ejercido en las Antillas, se han propuesto combatir la intermitencia en cierto número de casos. Con este objeto dan el *sulfato de quinina* por la boca, á la dosis de 20 centígramos (4 granos) por hora, segun Dutroulau, y el *cocimiento de quina en lavativas*, compuesto de 8 gramos (dos dracmas) de corteza, y á los cuales se pueden añadir de 50 á 60 centígramos (10 á 12 granos) de sulfato de quinina, segun Rufz. Por este medio Souty, Dutroulau y Rufz (1) han obtenido mil veces curaciones rápidas.

No llevaré mas adelante esta revista de los medios opuestos á la calentura amarilla, ni puedo citar otra cosa que pretendidos específicos ó medicamentos cuya utilidad no está apoyada en pruebas suficientes. Mucho mejor es conocer el tratamiento que ha propuesto Louis, despues de un estudio atento de los síntomas.

Tratamiento propuesto por Louis. 1.° *Tratamiento en los*

(1) *Bulletin de l' Académie de médecine;* Paris, 1842, t. VII, p. 1045.



casos graves. Al principio *sangría general* de 300 á 500 granos (10 á 16 onzas) segun la intensidad de la fiebre, no repitiéndola si esta intensidad no es estraordinaria, y esto solo en las primeras veinticuatro horas, pues mas tarde seria perjudicial segun todas las apariencias.

Bebidas frescas, aciduladas ó simplemente emolientes, dando cuatro ó seis cuartillos por dia, á no ser que esciten el vómito.

Lavativas emolientes, dos ó tres veces en las veinticuatro horas, y aplicaciones igualmente emolientes al abdomen.

En los casos de vómitos frecuentes y de dolores epigástricos violentos, *sanguijuelas ó ventosas escarificadas* al epigástrio, si el movimiento febril es intenso, absteniéndose de ellas en el caso contrario. Contra los vómitos negros, *astringentes* por la boca y por el ano, principalmente por este último (lavativas astringentes frias) á causa del estado de integridad del intestino.

Preparaciones opiadas á dosis moderada.

En el primer período, *quizás*, los baños frios y las afecciones frias, y en el segundo los baños calientes y los de vapor.

2.° *Tratamiento de los casos leves.* En cuanto á los casos leves, dice Louis, en los cuales el movimiento febril es moderado, la cefalalgia poco intensa y el calor un poco mayor que el natural, las bebidas refrigerantes y las lavativas emolientes me parecen los únicos medios que deben emplearse, tendiendo naturalmente la afeccion á una terminacion feliz. No aduciré en apoyo de esta opinion los hechos que he recogido, y solamente diré que habiendo asistido á dos personas de constitucion mas débil que fuerte en la fuerza de la edad, cuyos síntomas febriles fueron leves y no duraron mas de tres dias, no emplee mas que los medios que acabo de indicar, escepto un baño al principio en un caso, y un poco de aceite de ricino en el otro, al principio de la convalecencia para vencer el estreñimiento.

«Aunque la convalecencia, como queda dicho, no exige cuidados particulares que llenar, recordaré que la inflamacion de la membrana mucosa del estómago ordinariamente poco grave en los sugetos que mueren, lo es mucho menos todavía,

á juzgar por los síntomas, en los que se curan; que esta gastritis es secundaria; que siempre he visto desaparecer pronto sus vestigios; por manera que no se debe tener mucho tiempo á los enfermos á una dieta severa, y aun se pudiera, á ejemplo de los médicos españoles de que he hablado, si la debilidad se prolongase ó fuese notable en la convalecencia sin síntomas gástricos, dar ligeros tónicos, una infusion de quina ó una pocion gomosa con 20 ó 25 centígramos (4 ó 5 granos) de estracto seco de este medicamento.»

Este tratamiento no necesita resúmen.

ARTICULO VIII.

PESTE.

Aunque la peste haya existido desde la mas remota antigüedad, es necesario llegar hasta el siglo XVIII para encontrar una historia algo completa de esta enfermedad, y en efecto, las primeras descripciones importantes se publicaron con motivo de la peste de Marsella (1720) (1). No daré un resúmen histórico de los trabajos que tenemos sobre esta interesante materia, y solo diré que los escritos publicados en estos últimos años, y cuyos puntos capitales ha hecho conocer Prus en su notable informe (2) sobre la peste, han dejado muy atrás todo lo que se habia dicho de esta enfermedad. Estos son los trabajos que consultaré principalmente.

§. I.

DEFINICION Y SINONIMIA.

La *peste* es una enfermedad general, febril, contagiosa, notable por los desórdenes nerviosos, por el estado de la sangre,

(1) Véase SENAC, *Traité des causes, des accidents et de la cure de la peste;* Paris, 1744, en 4.°—*Pièces historiques sur la peste de Marseille et d' une partie de la Provence en* 1720, 1721 *et* 1722; Marsella, 1820, 2 vol. en 8.°

(2) *Rapport à l' Académie royale de médecine sur la peste et les quarantaines,* fait au nom d' une commission, par le docteur Prus, accompagnè de pièces et documents, et suivi de la discussion dans le sein de l' Académie; Paris, 1846, en 8.°

y ordinariamente caracterizada al esterior por bubones, carbuncos y petequias. No defenderé aqui esta definicion que se parece mucho á la adoptada por la comision académica (1) pues la descripcion siguiente probará su exactitud.

Esta afeccion ha sido designada generalmente con los nombres de *peste*, *pestis*, *pestilencia*, y tambien se le han dado los de *tifo de Oriente*, *tifo de Africa*, *fiebre adenomeníngea*, etc.

§. II.

CAUSAS.

Antes de indicar lo que varios autores han dicho acerca de la *etiologia* de la peste, presentaré las conclusiones siguientes del informe presentado á la Academia, trabajo que me complazco en citar porque es el resúmen de las investigaciones mejor hechas, sometidas á una sana crítica.

«I. En el estado actual de los pueblos y de su civilizacion, dice en el citado informe (2), los *paises en que la peste se origina* todavía, son en primer lugar el Egipto, despues la Siria y las dos Turquías.

»Es de temer, sin embargo, que la peste pueda desarrollarse igualmente sin haber importacion en las regencias de Trípoli, Tunez y en el imperio de Marruecos. No parece que hay el mismo peligro en cuanto á la Argelia.

»II. En estos paises las condiciones que determinan y favorecen el desarrollo de la peste son, por lo que demuestra la esperiencia, el *habitar en terrenos de aluvion ó en terrenos pantanosos*, un *aire caliente y húmedo*, las *casas bajas y mal ventiladas*, la *acumulacion de gran cantidad de materias animales y vegetales en putrefaccion*, una *alimentacion escasa y mal sana*, la *gran miseria física y moral*, y *la falta de observancia de las leyes de higiene* pública y privada.

»III. La peste en el estado espóradico no parece susceptible de trasmitirse.

»La *peste epidémica es trasmisible*, bien sea en los sitios en que reina la epidemia, ó fuera de ellos.

(1) *Lug. cit.*, p. 11.
(2) *Bulletin de l' Académie de médecine*, t. XII, p. 141.

»IV. Se trasmite por medio de miasmas que se escapan del cuerpo de los enfermos; estos miasmas esparcidos en sitios cerrados y mal ventilados pueden crear focos de *infeccion pestilencial*.

»Ninguna observacion rigurosa prueba que la peste pueda trasmitirse por solo el contacto de los enfermos.

»Se necesitan hacer nuevos esperimentos para demostrar que la peste es ó no trasmisible por las ropas y por los vestidos de los apestados.

»De las observaciones hechas en los lazaretos hace mas de un siglo resulta que las mercancías no comunican la peste.»

Tales son los únicos datos un poco ciertos que poseemos, añadiendo que la peste ataca principalmente á los *negros*, que las emociones morales (terror, tristeza, etc.) favorecen su produccion, segun la mayor parte de los autores, y que lo mismo sucede con las grandes fatigas y los escesos, habré dado á conocer todo lo que importa saber; porque nada tenemos de positivo sobre la influencia de la edad, temperamento, etc., etc.

§. III.

INCUBACION.

La duracion de la *incubacion* de la peste parece á primera vista poco importante, y sin embargo á ella se refieren quizá las cuestiones mas principales, como lo ha demostrado Aubert Roche en muchos escritos que han sido el orígen de discusiones recientes y que han conducido á la Academia á proponer grandes medidas sanitarias y comerciales (1). En efecto, este autor ha demostrado por numerosas observaciones, cuya exactitud ha reconocido la comision académica, que «fuera de los focos epidémicos, jamás se ha declarado la peste en las personas comprometidas á mas de ocho dias despues de un aislamiento perfecto (2).» De aqui resulta que la duracion de la incubacion en las circunstancias indicadas no puede pasar de ocho

(1) Véase *De la peste ou typhus d' Orient*; Paris, 1840.—*De la prophyl. gén. de la peste*; Paris, 1843.—*De la réforme des quarant.*, etc.; Paris, 1844.—*Annales d' hygiène*, 1845, t. XXXIII, p. 241.

(2) *Bulletin de l' Académie de médecine*, t. XI, p. 1188.

dias, lo cual tendré que recordar al ocuparme de la *profilaxia* de la peste.

§. IV.

SINTOMAS.

Cualquiera que sea el mérito que presenten los trabajos de los médicos que han podido observar la peste, debemos conocer que todas las observaciones carecen de la precision y del rigor que ha habido en el estudio de la fiebre tifoidea y de la fiebre amarilla. Asi pues, tenemos que contentarnos con una descripcion general un poco vaga.

Invasion. La peste empieza de dos maneras muy diferentes que han sido perfectamente descritas por Gosse (1). Con efecto, unas veces empieza con accidentes locales, seguidos mas ó menos pronto de los síntomas generales, y otras se presenta desde luego con el carácter de una afeccion general.

En el primer caso hé aqui lo que se observa: se ven aparecer en las diversas partes del cuerpo, y principalmente en las que están al descubierto, *una ó muchas manchitas* semejantes á las picaduras de pulga, que á veces escuecen y queman. Muy pronto se agranda la mancha, presentando un diámetro de tres ó cuatro líneas, se pone violada y se cubre de vesículas ó flictenas y su base es dura. Mas tarde el centro de la mancha se pone negro, y las partes que la rodean se enrojecen y adquieren siempre el diámetro de 3 ó 4 centímetros (15 á 20 líneas) de estension. Entonces sobrevienen *síntomas febriles*, que pueden ser bastante leves, y si la escara formada por la mancha se separa y desprende no tarda en curarse el enfermo sin que sobrevengan bubones ú otros accidentes. Las manchas que acabo de describir han recibido el nombre de *carbuncos*.

En cierto número de casos la enfermedad no se limita á estos síntomas. Sobrevienen efectivamente *bubones*, de que mas adelante daré una descripcion detallada, y que corresponden á los puntos donde se han presentado las manchas, es decir, en las íngles, si los carbuncos se han presentado en los miembros inferiores y en las partes genitales; en las axilas,

(1) *Relation de la peste qui a régné en Grèce en* 1827 *et* 1828; Paris, 1838.

si ocupan los brazos, el pecho, etc. Los síntomas generales se hacen entonces mas violentos, la fiebre es considerable y el abatimiento marcado; pero si los bubones supuran francamente, la enfermedad puede terminarse todavia como lo haria una inflamacion local con reaccion bastante intensa. Si por el contrario, se desarrollan los bubones lentamente y tardan en supurar, los síntomas generales son cada vez mas intensos, observándose entonces el estado en que se encuentran los enfermos en los cuales la afeccion se declara desde luego con fenómenos generales notables; esta es la segunda forma de la enfermedad que voy á describir.

En el *segundo caso* los enfermos esperimentan al principio un abatimiento profundo y una *laxitud general;* muchos tienen *escalofrios* ó una sensibilidad marcada al frio; se quejan de *cefalalgia* ordinariamente frontal, á veces muy aguda, de *zumbidos de oidos*, de *vértigos* y de *desvanecimientos*. Cuando la enfermedad es intensa, vacilan sobre sus piernas como si estuvieran ébrios, y algunos comparan este estado al mareo. Al mismo tiempo hay una *ansiedad* por lo comun intensa, inquietud, tristeza y terror.

La *cara* está abatida y angustiosa y las facciones retraidas.

Los *ojos* se presentan rubicundos y uraños.

En las *vias digestivas* se notan los síntomas siguientes: *lengua* blanca, como nacarada, ó bien de color blanco amarillento. Hay *anorexia* completa, *sed* mas ó menos viva; á veces dolores mas ó menos agudos en el epigastrio; con mas frecuencia vómitos biliosos ó no y molestos. Solo hay en algunos casos dolores de *vientre* y una diarrea mas ó menos abundante.

La *respiracion* es por lo regular anhelosa y acelerada; el calor de la *piel* es elevado, seco y á veces acre; el *pulso* es de ordinario pequeño, débil, contraido y siempre frecuente. Bulard (1) ha notado que la *sangre* estraida por la sangría nunca presenta costra.

Todos estos síntomas pueden adquirir el mayor grado de intensidad, y sucumbir los enfermos sin que aparezcan los fenómenos locales principales, que son los carbuncos, los bubones y las petequias, y sin que se note otra cosa que *dolores* en

(1) *Mémoire sur la peste*; Paris, 1839.

los lomos, en las íngles y en las axilas; pero lo mas general es que sobrevengan los fenómenos que acabo de describir.

Los *carbuncos* se desarrollan, como he dicho mas arriba, y á veces forman tumores considerables. Se ha querido distinguir del carbunco otro tumor que se ha llamado *antrax pestilencial;* pero segun las mejores descripciones esta distincion no es mas que una sutileza. La lesion es la misma, solo que en ciertos casos la mortificacion es mas completa y mas rápida que en otros.

Bubones. Se presentan en las íngles, en las axilas, mas rara vez en la region cervical y parotídea, y mas todavía en la corva, tumores mas ó menos redondeados, á veces abollados, en los cuales la piel ofrece un color rojo mas ó menos vivo ó violado, si bien algunas veces tiene su color natural. Ordinariamente estos tumores van precedidos y acompañados de dolores bastante agudos. Su volúmen mas comun es como el de un huevo de paloma; pero suele ser mas ó menos considerable. Al cabo de un tiempo variable estos bubones tienden á supurar, aunque á veces quedan estacionarios. En algunos casos aparecen y desaparecen en muy poco tiempo, como por delitescencia. La supuracion es en ocasiones de buena naturaleza y otras saniosa. Gosse ha observado que cuando se desarrollan lentamente la enfermedad tiende á la curacion.

Petequias. Las petequias son casi siempre violadas ó negruzcas, tienen de una línea ó dos y media de diámetro, no desaparecen á la presion del dedo, y unas veces son muy pocas en número y otras tan numerosas que casi són confluentes.

Cuando aparecen los síntomas locales, es cuando ordinariamente adquieren los *síntomas generales* su mayor intensidad, y si la enfermedad tiende á terminar por la muerte, se ve sobrevenir un movimiento febril violento, aceleracion considerable del pulso, calor acre y seco, cara animada y angustiosa, ojos brillantes, oido torpe, ensueños y delirio; despues lengua seca, negruzca y temblorosa, algunas veces diarrea, respiracion difícil, abatimiento profundo, saltos de tendones y sudor viscoso, síntomas que anuncian ordinariamente una muerte próxima.

§. V.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la peste es agudo, y á veces muy rápido. En las grandes epidemias han sucumbido algunos sugetos en un dia; sin embargo, la enfermedad tiene en general un curso mas lento. Segun Clot Bey pueden existir solos los síntomas generales de la invasion terminando la enfermedad en uno ó dos dias sin haber dado lugar á accidentes graves, y Samoïlowitz (1) habia citado ya hechos de este género. En este caso tendriamos una cosa algo parecida á la que hemos notado en la fiebre amarilla; pero hay tantas causas de error, y en las epidemias hay tal tendencia á ver por todas partes la enfermedad reinante, que se necesitan nuevas investigaciones sobre este punto.

La *duracion* de la enfermedad es de veinte y cuatro horas ó uno ó dos setenarios: por término medio cinco ó seis dias. La *terminacion* por la muerte es la mas frecuente, sobre todo en lo mas fuerte de las epidemias: en los casos de curacion la convalecencia siempre es larga y muchas veces penosa. Algunas veces la inteligencia queda muy débil, y se han visto sugetos paralizados de uno ó mas miembros ó privados de un sentido.

§. VI.

LESIONES ANATÓMICAS.

Me limitaré á indicarlas. El aspecto esterior nada ofrece de particular. Se ven manchas violadas mas ó menos estensas en las partes declives, y con bastante frecuencia se encuentra sangre derramada en las diversas cavidades serosas ó en el tejido celular. Se encuentran petequias aun despues de la muerte, y en ocasiones hay estensas equímosis, y se las ha visto en los órganos internos.

La sangre permanece líquida sin separacion de ningun coágulo.

(1) *De la peste orientale* etc.; Paris, 1782.

Nada se observa de notable en los órganos de la digestion. El hígado y el bazo suelen estar aumentados de volúmen y reblandecidos.

El sistema linfático presenta lesiones aun cuando no haya habido durante la vida verdaderos bubones. Los gánglios estan en varios puntos un poco hinchados y reblandecidos, de color rojizo, y algunas veces ofrecen focos de supuracion. Aubert Roche ha encontrado algunas veces los gánglios nerviosos semilunares y torácicos, rojos y voluminosos, lo cual unido á los desórdenes nerviosos observados al principio de la enfermedad, le ha hecho colocar el asiento de la enfermedad en los gánglios del gran simpático; pero esta opinion necesitaba apoyarse en pruebas mas convincentes.

Las lesiones que acabo de enumerar, y con mayor razon las que no han sido observadas sino rara vez por algunos autores, no tienen como se ve, nada de característico.

§. VII.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Todos los autores convienen en que es inútil trazar el *diagnóstico* diferencial de la peste. Cuando existen los principales síntomas que acabo de enumerar, no es posible confundir esta enfermedad con otra alguna. Asi pues, si aparece una calentura grave que ataca á la vez un número bastante considerable de personas y va acompañada de carbuncos y bubones, es la peste. Sin embargo, se puede consultar en el artículo en que me he ocupado de la fiebre tifoidea, el diagnóstico establecido por Prus, entre esta afeccion y la que ahora nos ocupa. Se ha visto á algunos médicos que dudan al principio de las epidemias y desconocen la peste, ó por el contrario toman por ella otra enfermedad epidémica; mas me parece que con los datos que en el dia tenemos no es ya de temer semejante error. En cuanto á los casos muy leves y sin síntomas locales, de que he hablado mas arriba, solo se los ve aparecer en el caso de una epidemia cuya naturaleza es bien conocida, y puede establecerse el diagnóstico.

Pronóstico. No necesito decir que considerado el pronóstico de la peste de una manera general, es de los mas graves. La

gran violencia de los síntomas generales, el gran número de los carbuncos y de bubones, la ataxia y la adinamia estremadas son los signos mas funestos.

§. VIII.

TRÁTAMIENTO.

¿Qué diré del *tratamiento* de la peste? ¿Cuál es el medio entre todos los alabados que puede inspirar confianza? Es muy difícil resolver estas cuestiones de un modo satisfactorio. Por todas partes hallamos aserciones y por ninguna pruebas, y asi hasta que investigaciones mas precisas vengan á ilustrarnos, debemos reducirnos á enumerar las principales medicaciones puestas en uso.

1.° *Tratamiento curativo.* En general se recomiendan las *emisiones sanguíneas* y principalmente la sangría general; pero mientras los unos estan por las sangrías abundantes, los otros quieren las sangrías moderadas, y la mayor parte son de esta opinion. Los *vomitivos* al principio de la afeccion, rara vez los *purgantes* solos, el *opio* y los *calomelanos* al interior y en fricciones, y el *fósforo* han sido empleados sin que se pueda tener la menor idea de su accion buena ó mala.

Tambien se han empleado el *agua fria* al interior y al esterior y el *hielo*; pero tampoco tenemos mejores datos acerca de su eficacia.

El *sulfato de quinina* y la *quina* á corta ó grande dosis, se ha administrado naturalmente por los médicos que veian desarrollarse la enfermedad en sitios pantanosos; pero su accion como febrífugos ha sido nula, y como tónicos no puede decirse cuál es su grado de eficacia.

Aubert Roche ha prescrito el *haschisch* (estracto de cáñamo de Egipto), y está convencido de haber obtenido buenos resultados en siete casos graves. No parece se ha repetido este ensayo y merece serlo.

Los *bubones* deben tratarse de modo que se favorezca la supuracion, abriéndolos tan luego como se establezca la fluctuacion. Es preciso contentarse con curar los *carbuncos* con vino aromático y los polvos de quina y el cerato de Saturno. La cauterizacion es inútil.

No digo mas, porque repito, en el estado actual de la ciencia no puedo hacer mas que referir aserciones vagas.

2.° *Tratamiento profiláctico.* El *aislamiento* es el único medio preservativo eficaz para los individuos. Respecto de los paises donde reina la peste, hay muchas medidas que pueden impedir el que se desarrolle este azote. Esto es lo que han demostrado Pariset (1), Aubert Roche, los miembros de la comision académica, y otros muchos observadores.

El Egipto, en la época en que era el centro de la civilizacion, era el pais mas sano del mundo; para destruir el foco de la infeccion que tiene en su seno seria preciso desecar los pantanos, distribuir mejor las aguas del Nilo, hacer las habitaciones de los fellahs mas sanas, y en suma, restituir este pais á sus primeras condiciones higiénicas. Semejantes medidas son aplicables á los otros paises donde nace la peste. Por lo que hace á la cuestion de las cuarentenas, es una cuestion de comercio internacional y de higiene pública que no es de este lugar, mas sobre este punto se encontrarán los pormenores mas interesantes en la relacion de Prus.

El tratamiento que acabo de indicar de un modo tan general no necesita resúmen.

ARTICULO IX.

CALENTURA INTERMITENTE SIMPLE.

La calentura intermitente es una de las afecciones mas importantes que el médico tiene que estudiar. En efecto, reina endémicamente en ciertos paises donde produce grandes estragos, y no hay localidad en donde no se presente á veces con caracteres muy graves.

La calentura intermitente ha debido fijar la atencion de los médicos desde la mas remota antigüedad; sin embargo, hay mucha vaguedad en los pasajes de Hipócrates que pueden referirse á las diversas variedades de esta enfermedad. Celso y Ga-

(1) *Mémoire sur les causes de la peste et sur les moyens de la détruire;* Paris, 1837.

leno dan descripciones mejores, y este punto de patologia ha hecho despues de ellos progresos contínuos; pero es necesario llegar á Morton (1) y á Torti (2) para tener una buena descripcion de la enfermedad en sus variedades mas malignas y del tratamiento conveniente. Despues de ellos un gran número de autores han escrito sobre las calenturas intermitentes, y en estos últimos años las observaciones mas interesantes son debidas á Nepple (3), Bailly Maillot (4), Espanet (5) y algunos otros autores que mencionaré mas adelante.

Para estudiar bien las calenturas intermitentes es necesario examinar sucesivamente la *calentura intermitente simple* ó *regular*, las *calenturas perniciosas*, la *calentura remitente*, la *calentura seudocontínua* y las *calenturas larvadas*.

En las descripciones siguientes me esforzaré en simplificar la historia de la calentura intermitente, que la multiplicidad de las divisiones ha hecho muy complicada; con este motivo solo me concretaré á dar los detalles mas importantes, limitándome á indicar únicamente la multitud de las distinciones escolásticas.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

La *calentura intermitente simple* es una calentura esencial, caracterizada por accesos, en los cuales se presenta un movimiento febril de curso particular mas ó menos violento, y que estan separados unos de otros por intervalos en que la apirexia es completa. Esta calentura es el tipo que principalmente importa estudiar, porque para trazar la descripcion de las otras especies bastará decir en qué se diferencian de esta. Esta afeccion ha sido descrita con los nombres de *calentura de*

(1) *Opera medica; Pyret.*; Lugd., 1737.

(2) *Therap. spec. ad febres periodicas perniciosas*, nova editio, Leodi, 1821, 2 vol.

(3) *Essai sur les fièvres interm.*, etc.; Paris, 1828.

(4) *Rech. sur les fièvres interm. du nord de l' Afrique*; Paris, 1835.—*Traité des fièvres intermittentes*, *d' après des observ. recueillies en France*, *en Corse et en Afrique*; Paris, 1836.

(5) *Des maladies endémiques de l' Algérie* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, setiembre, octubre y noviembre de 1849).

accesos, *calentura paludosa, calentura de los pantanos*, *periódica*, etc. Su grande *frecuencia*, sobre todo en ciertas localidades, es bien conocida de todo el mundo.

§. II.

CAUSAS.

Siempre habrá probablemente algo que sea inesplicable en la produccion de la calentura intermitente; pero conocemos las circunstancias capitales en las cuales se desarrolla la enfermedad, y estas circunstancias son las que se trata de esponer.

1.º Causas predisponentes.

Los documentos que tenemos acerca de estas causas son muy poco precisos, y todo lo que sabemos es que esta enfermedad ataca á todas las *edades*, á todos los *sexos* y á todas las *constituciones*. Hay sobrados hechos que hablan contra el antagonismo entre la calentura tifoidea, la tisis y la calentura intermitente, para poder seguir la opinion de Boudin en este punto (Véase pág. 451).

Las calenturas intermitentes aparecen principalmente en primavera y en otoño. Las primeras *(vernales)* son en general mas benignas que las segundas *(autumnales)*. Los que han padecido anteriormente calenturas intermitentes estan mucho mas espuestos que los demás á contraer esta enfermedad, y no pocas veces se desarrolla en estos espontáneamente. Se admite generalmente que los *escesos* de todo género, los *pesares* y las *emociones morales* penosas predisponen á la calentura intermitente; pero las investigaciones sobre este punto carecen de exactitud.

2.º Causas ocasionales.

La primera de todas estas causas es indudablemente la *influencia miasmática de los pantanos*. Se cree que de estos se desprenden exhalaciones, á las cuales se da el nombre de *miasmas* ó de *efluvios miasmáticos*, exhalaciones que producen la calentura. No ha sido posible demostrar directamente estas ex-

halaciones, pero se atribuyen á la putrefaccion particular de las materias vejetales en los pantanos.

Lo que hay de cierto es que la permanencia á cierta distancia de una laguna, de un estanque vacío, de los puntos en que se hace curar el cáñamo, ó de toda agua estancada y en la cual se verifique la putrefaccion vejetal, ocasiona de un modo evidente la afeccion que nos ocupa.

Las condiciones en que esta causa obra de un modo mas poderoso son la esposicion al aire pantanoso sin ningun intermedio, tal como una colina, un bosque, etc., la permanencia en este aire, ó pasar en él la noche, la situacion en la direccion del viento que viene de los pantanos, en suma, todas las condiciones que esponen directamente á los efluvios miasmáticos.

En los *paises cálidos*, pantanosos y húmedos es donde con mas facilidad se producen las calenturas intermitentes.

Se han citado casos de calenturas intermitentes en paises secos y áridos; pero estos casos son raros y escepcionales, y por otro lado se ha admitido la posibilidad de la accion esclusiva de la *humedad*. Es cierto que la calentura es bastante comun en localidades que no tienen otra particularidad para esplicar su produccion que el ser atravesadas por una corriente de agua, sin ningun pantano; pero puede admitirse que en ciertas épocas del año en que bajan las aguas, las márgenes del rio toman hasta cierto punto los caracteres de las lagunas.

Por otra parte, no es dudoso que se desarrollen calenturas intermitentes en sitios en que ni hay rios, ni lagunas, en cuyo caso suele suceder que se encuentran en los sitios vecinos porciones de aguas estancadas, materias vejetales en putrefaccion, madera húmeda, etc., y estas causas pueden parecer igualmente la causa de la enfermedad, pero tambien hay casos en que nada de esto se encuentra.

El doctor Berenguier, de Rabastens (1), ha dado una esplicacion ingeniosa y muy plausible de gran número de estos hechos. Este médico atribuye la calentura á *emanaciones telúricas* de una naturaleza análoga á las emanaciones pantanosas

(1) *Topographie physique, statistique et médicale du canton de Rabastens* (*Tarn*); Tolosa, 1850.

que se desprenden de los terrenos cultivados, en los cuales las materias vejetales estan en putrefaccion y que se hallan espuestas á estar alternativamente secas y húmedas. Estas condiciones se presentan principalmente en los terrenos arcillosos. Pero la calentura intermitente puede ser endémica en los parajes en que el terreno es de esta naturaleza, como se observa en Rabastens, en donde ejerce el autor, sin que haya el menor pantano en las inmediaciones.

Las calenturas intermitentes que se producen asi fuera de la influencia pantanosa son generalmennte benignas; pero no deja de haber algunas muy intensas. Por mi parte he visto una calentura perniciosa en un sugeto que habitaba cerca del jardin de Luxemburgo, y que nunca habia tenido accesos de fiebre ni permanecido en pais pantanoso.

El doctor Ebrard (1), que ha estudiado con cuidado la calentura intermitente *en los niños*, ha citado hechos que prueban que *esta calentura puede trasmitirse de la nodriza al niño.*

Algunas veces sobrevienen accesos de calentura intermitente en sugetos afectados de otra enfermedad, que se someten á ciertas operaciones. Esto constituye la *calentura intermitente sintomática*, que indico aqui, porque aunque se desarrolle bajo la influencia de otros estados morbosos, conserva ordinariamente un caracter notable de sencillez. En los *tísicos* se observan á veces verdaderos accesos periódicos, y la misma observacion se ha hecho, aunque mas rara vez, en otras afecciones crónicas. Pero en donde principalmente se ven aparecer accesos intermitentes es en las operaciones de las vias urinarias *(cateterismo* y *litotricia)*. Se ha dicho que estas calenturas no pueden referirse á las calenturas intermitentes producidas por los efluvios pantanosos porque no ceden á la quina; pero este es un error, porque en los tísicos, por ejemplo, hay accesos febriles periódicos que se cortan perfectamente con el sulfato de quinina.

3.° Condiciones orgánicas; causas de la intermitencia.

Desde la mas remota antigüedad se ha notado la *tumefaccion* del bazo en la calentura intermitente, pues se halla indi-

(1) *De la fièvre intermittente chez les enfants*, etc. (*Union méd.*, 8 y 13 de enero de 1848).

cada en los escritos de Hipócrates. Los que en los últimos siglos han hecho mencion especial de ella son Fernelio, Baillou, Lancisi, Hoffmann, Morgagni, Senac, Lieutaud, etc.; pero hace unos cuarenta años que se ha dado mucha importancia á este estado del bazo. Audouard (1) fue el primero que atribuyó la congestion sanguínea del bazo á los accesos periódicos de la calentura intermitente, y despues en 1812, 1823 y 1847 (2) ha desenvuelto esta teoría. Para él la causa de la calentura intermitente está en la alteracion de la sangre producida por la influencia pantanosa; pero la causa determinante de los accesos es la tumefaccion del bazo. Por esta razon se ha dado á estas calenturas el nombre de *esplénicas*.

Mas tarde Piorry (3) ha adoptado estas ideas, y ha querido establecer que la congestion del bazo es la lesion esencial de la calentura intermitente, y que la enfermedad se produce bajo su influencia.

Recientemente Durand, de Lunel (4), no solo ha defendido esta opinion, sino que ha esplicado la apirexia por el aflujo de la sangre hácia el bazo durante la noche, y los accesos de fiebre por el trasporte de sangre corrompida al torrente circulatorio durante el calor del dia. En efecto, ha notado en muchos casos el aumento del bazo por la mañana y su grande disminucion durante el dia.

Por otra parte, los doctores Felix Jacquot y E. Sonrier (5) han citado hechos que prueban que *el infarto del bazo es una consecuencia de las calenturas de los pantanos*, y no es la *causa de los accesos*, y habiendo examinado el doctor Lachaisse (6) mas de quinientos enfermos atacados de calentura intermitente en Soloña, se ha convencido de que la hinchazon del bazo no es la causa de la calentura intermitente.

No me es posible entrar aqui en una larga discusion sobre

(1) *Ann. de la Soc. méd. prat.* 1808.

(2) *De la périod. des fièvres interm. et des causes qui la produisent;* Paris, 1847. —*Bulletin de l' Académie de médecine*, t. XII, p. 278 y sig.

(3) *Mémoire sur l' état de la rate dans les fièvres int.* (*Gaz. méd.*, 1833).—*Traité de médecine pratique;* Paris, 1845, t. VI.

(4) *Nouv. théor. des fièvres intermittentes* (*Gaz. méd.*, 1847).

(5) *Bulletin de l' Acad. de méd.*, 11 de julio de 1848, t. XIII, p. 1170.

(6) *Bull. de l' Acad. de méd.*, t. XV, p. 345, 1850.

este punto, y solamente diré que segun convienen los mismos autores que dan tanta importancia á la tumefaccion del bazo, esta tumefaccion no es constante; ¿pero se puede considerar como esencial una lesion no siendo constante? En segundo lugar he citado hechos (1) que prueban que se puede cortar completamente la calentura intermitente sin que la hinchazon del bazo presente la menor disminucion. Por último, respecto á la teoría de Durand, diré que habiendo examinado enfermos por la mañana y durante el dia, no he hallado diferencia sensible en el volúmen del órgano, y por consiguiente no son constantes las variaciones observadas por este autor. De todo esto se debe deducir que la tumefaccion del bazo que es un hecho muy notable en la calentura intermitente, no puede considerarse, sin embargo, como la condicion orgánica esencial de la produccion de esta calentura, sino solamente como una consecuencia de los accesos.

Acabamos de ver que la esplicacion de la intermitencia dada por Durand no puede aplicarse á todos los casos. ¿Será cosa de entrar ahora en estensos pormenores sobre las esplicaciones dadas por otros autores? Me parece que no. La concentracion de la sangre hácia las vísceras durante la apirexia, haciéndose mayor durante el frio, y despues su espansion en el estadio del calor, son hechos controvertibles y que por otra parte nada esplican. El paso de la estacion horizontal á la vertical, cuando los enfermos se levantan por la mañana, tampoco tiene mas valor. No multiplico estas citas porque en el dia todos conocen que esta vuelta periódica de los accesos es un fenómeno que todavía no se ha esplicado, y quizás será siempre inesplicable.

§. III.

SÍNTOMAS.

La calentura intermitente empieza casi siempre de un modo repentino sin *síntomas* precursores; pero en algunos casos la invasion de los accesos va precedida de una cefalal-

(1) *De l' action immédiate du sulfate de quinine*, etc. (*Union méd.*, agosto de 1847).

gia ordinariamente mediana, pandiculaciones, malestar, un poco de soñolencia, abatimiento, etc.

Accesos. El acceso, cuando es completo y regular, se divide en tres períodos distintos á los cuales se les ha dado el nombre de *estadios*. El primero, el estadio de frio, el segundo, el estadio de calor, y el tercero, el estadio de sudor.

1.º *Estadio de frio.* En el mayor número de casos hay un verdadero *escalofrío*, que empezando ordinariamente por los lomos y recorriendo la columna vertebral se dirige en seguida hácia los miembros, cuyas estremidades esperimentan una sensacion de frio mas ó menos viva. En algunos casos este escalofrío es tan intenso, que los dientes chocan unos contra otros, y los miembros y el tronco son agitados de sacudidas rápidas que conmueven la cama ó el asiento en que está el enfermo. En otros casos, por el contrario, no hay mas que algunas *horripilaciones*.

Durante el escalofrío las *estremidades* se ponen frias, pálidas y aun ligeramente azuladas. Lo mismo sucede con la cara sintiéndose frio principalmente en la nariz y en las orejas.

En los casos mas intensos la *cara* está aplomada, los ojos se presentan hundidos y con ojeras, y la vista fija.

La *piel* del tronco y de los miembros ofrece el estado que se conoce con el nombre de *carne de gallina*, y que resulta de la rigidez de lás papilas.

Algunas veces es tan grande el frio que siente el enfermo, que aproxima los miembros al tronco formando un ovillo para calentarse debajo de las cubiertas de la cama. En algunos casos raros una sola parte del cuerpo esperimenta esta sensacion de frio, tales son con frecuencia los lomos y á veces las estremidades; pero los casos de esta especie son bastante raros. La sensacion de frio que nota el enfermo es de ordinario viva; pero los esperimentos de De Haen, y recientemente los de Gavarret (1), prueban que esta sensacion es debida á una perversion de la sensibilidad, porque el termómetro colocado en la axila durante el estadio de frio da un aumento de dos á cuatro grados sobre la temperatura normal del cuerpo; pero aplicando la mano á la del enfermo se percibe esta sensacion de frio.

(1) *Rech. sur la temp. du corps* (*Journ. l' Expérience*, 1859).

Durante este estadio, los enfermos sienten algunos dolores, y los mas importantes son los del hipocondrio izquierdo, que ordinariamente coinciden con la tumefaccion del bazo. Louis (1) los ha encontrado en gran número de casos. Generalmente empiezan desde el principio de la enfermedad. Algunas veces se siente el dolor en los demás puntos del abdomen, y en ciertos sugetos hay dolores contusivos en los miembros, un quebrantamiento como en la calentura efímera, y una constriccion marcada en el epigastrio. Una *cefalalgia* de variable intensidad es, entre los síntomas, uno de los que despues del escalofrio, hacen quejarse mas á los enfermos.

En algunos casos, como lo ha hecho notar Nepple, los enfermos tienen gana de comer al principio de este estadio; pero lo mas comun es que haya *anorexia;* la *lengua* está húmeda y á veces azulada. La sed es de ordinario intensa. En este período suelen observarse *vómitos* alimenticios ó biliosos, pero no con mas frecuencia que en el período de calor. La *orina* es trasparente, sin color y poco abundante.

Algunos enfermos sienten una opresion bastante viva; otros tienen una *tos* seca frecuente, y se han citado casos en los cuales se oyen en el pecho algunas burbujas de estertor subcrepitante, de lo cual yo he visto un ejemplo notable. Algunos esperimentan tambien cardialgia y *palpitaciones*, á cuyos fenómenos acompaña ordinariamente mas ó menos ansiedad. El *pulso* está acelerado, poco desenvuelto y regular. La *piel*, á pesar de su rugosidad, ofrece una aridez mas ó menos notable.

El doctor Ebrard (2) ha reconocido al contrario de lo que afirman algunos autores, que el *estadio de frio se manifiesta en los niños*, que tienen la piel fria, los labios, las uñas, los párpados azulados, las facciones contraidas, etc. Durante este estadio sobrevienen á veces *convulsiones* que pueden ser muy pronto funestas, de lo cual he observado dos ejemplos.

2.° *Estadio de calor.* Despues de una duracion, que manifestaré mas adelante, el período de frio cesa y empieza el calor, el cual aunque al principio es débil, va despues siendo de cada vez mas intenso. En cierto número de casos es acre y

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2.ª edicion, t. II, p. 161.
(2) *Lug. cit.*

quemante. Las investigaciones de Gavarret han probado tambien que este aumento de temperatura es mucho menos considerable de lo que creen los enfermos, pues en efecto solo es un grado mayor que el que se nota en el período de frio. Durante este estadio la cefalalgia persiste y aun se aumenta, sucediendo lo mismo con la sed. A veces se observan vómitos biliosos, pero los dolores de los miembros y del tronco se disipan por lo general. La *cara* se pone rubicunda y animada, los ojos se presentan brillantes y á veces estan sensibles á la luz. La cara, asi como el resto del cuerpo, parece un poco hinchada.

El *pulso* se eleva y se desarrolla mas, conservando al mismo tiempo su frecuencia; la *respiracion* parece menos dificil; la *orina* es encendida y su espulsion hace sentir escozores en la uretra.

Durante todo este estadio persiste la *ansiedad*, los enfermos buscan en la cama sitios frescos y una posicion cómoda que no encuentran; á veces por el contrario hay un poco de soñolencia.

3.° *Estadio de sudor.* El estadio de sudor empieza por una sensacion general de bienestar, la cefalalgia no suele ser ya mas que una pesadez de cabeza, y bien pronto la piel hasta entonces seca y árida empieza á humedecerse. Por la cabeza es por donde generalmente empieza el sudor, despues se presenta en el tronco y en seguida en los miembros.

Mientras se establece el sudor, van remitiendo todos los síntomas; el *pulso* particularmente pierde su fuerza y su frecuencia, volviéndose blando y fácil de deprimir.

No es raro ver sugetos que se duermen entonces con un sueño profundo y al cabo de cierto tiempo se despiertan completamente libres de su acceso.

La abundancia del *sudor* es muy variable. En efecto, se ven sugetos á quienes hay que mudar tres ó cuatro veces de ropa interior, otros que calan enteramente la cama, y otros por el contrario á quienes apenas se necesita mudar de ropa mas de una sola vez.

Intervalo de los accesos. En algunos casos, y sobre todo cuando el intervalo de los accesos es largo como en las tercianas ó cuartanas, al movimiento febril que se acaba de describir sucede no solo una apirexia completa, sino un estado com-

pleto de salud, de manera que despues del primer acceso puede creerse el enfermo completamente curado, pero generalmente queda malestar, languidez y un poco de cefalalgia. El apetito está disminuido, la lengua continúa blanca y un poco pastosa y las deposiciones son difíciles. Cuando hay cierto número de accesos, el bazo queda hinchado y á veces un poco dolorido.

Epocas del dia en que sobrevienen los accesos. Está reconocido en el dia que no se puede decir nada de positivo acerca de la hora de la aparicion de los accesos, y por consiguiente es inútil repetir las aserciones emitidas sobre este punto. Todo lo que puede afirmarse es que en la mayor parte de casos los accesos empiezan en el curso del dia.

Calentura intermitente de los niños. Segun Schmitzer (1), la calentura intermitente cuando se desarrolla en niños muy tiernos presenta modificaciones muy importantes. Solo se encuentra en la clase mas pobre cuyas habitaciones húmedas é insalubres y la mala alimentacion parecen ser la causa de la enfermedad. Esta calentura de los niños afecta constantemente el tipo cotidiano, y se presenta por paroxismos regulares, separados por intervalos de apirexia mas ó menos completa. Durante los accesos los niños se agitan, se enfrian y palidecen, el pulso se pone frecuente, pequeño y concentrado; muchas veces hay temblor, pero no frio intenso; despues de un cuarto de hora ó de media hora, nunca mas tarde, se establece el estadio de calor de la misma manera que en los adultos; dura una hora ú hora y media y despues los niños se duermen y entran en sudor. Al despertarse parecen fatigados, pero se sienten bastante bien. La intermitencia que dura hasta el dia siguiente, es bastante manifiesta aunque menos marcada que en los adultos.

Si la enfermedad se prolonga durante algun tiempo, los niños enflaquecen mucho; su cara está pálida y caquéctica, la piel del rostro se pone de color amarillo sucio, el vientre aumenta de volúmen, y el hígado se hincha, pero jamás el bazo.

El doctor Guiet (2) ha reasumido del modo siguiente los caracteres de la calentura intermitente simple en los niños de pecho.

«Invasion repentina, tipo cotidiano, irregularidad de los

(1) *Journ. für Kinderkrankheiten*, t. XI.

(2) *Gaz. méd. de Paris*, agosto de 1850.

accesos, falta casi completa del estadio de frio y de sudor, estadio de calor exagerado y apirexia bien manifiesta. Hé aqui segun las observaciones de éste práctico, lo que sucede casi siempre en semejante caso: el niño que estaba muy alegre se pone de repente triste é impertinente, se impresiona fácilmente y la menor causa provoca lágrimas, rehusa tomar el pecho ó el biberon. Se esparce cierta palidez en su rostro, sus manos y sus pies se enfrian, tiene frecuentes bostezos, y algunas veces hay al principio vómitos de materias viscosas ó biliosas. En otros hay un dolor de cabeza violento, y entonces se ve que el niño lleva frecuentemente sus manos á la cabeza; á veces una congestion en un pulmon y una tos seca y molesta, acompañada en algunas ocasiones de vómitos, marca el principio del acceso; otras veces sobreviene diarrea. Bien pronto la piel se pone quemante y seca; este calor se estiende á las mucosas, el niño se halla abatido y presenta alternativas de soñolencia y de agitacion convulsiva. Este estado dura mas ó menos tiempo, luego desaparece esta tension, la piel se pone flexible y aparece en ella un ligero mador. Todo entra en el órden; el niño se calma, se sonrie y vuelve á tomar el pecho hasta que un nuevo acceso venga á reproducir semejantes fenómenos.

El doctor Semanas (1) ha observado en Argel la *calentura intermitente perniciosa en los niños de pecho*, y ha visto que esta calentura se reviste de la forma de las afecciones mas comunes de la primera infancia.

Mas arriba hemos visto las observaciones de Ebrard sobre la calentura intermitente de los niños, y yo mismo he comprobado (2) su exactitud.

Complicaciones. El doctor Veret (3) ha referido tres casos, en los que la *albuminuria* ha complicado la calentura intermitente. Este autor atribuye la complicacion á una simple congestion de los riñones durante los accesos. Si la calentura es de larga duracion, esta congestion puede terminarse por lesiones mas profundas.

(1) *De la fièvre pernicieuse chez les enfans à la mamelle*, 1848.

(2) *Considérations sur la fièvre intermittente chez les jeunes enfans* (*Union médicale*, 10 y 12 de octubre de 1848).

(3) *Quelques observations de fièvres intermittentes avec albuminurie* (*Arch. gén. de méd.*, diciembre de 1847).

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD; TIPOS Y RECIDIVAS.

Acabamos de ver que el *curso* de la enfermedad consiste en una alternativa de accesos febriles y de apirexia, y que las épocas mas ó menos distantes en que se producen estos accesos constituyen los tipos de la calentura intermitente. Los principales de estos tipos y los únicos que merecen notarse con gran cuidado son: 1.° el *tipo cotidiano*, 2.° el *tipo tercianario*, y 3.° el *tipo cuartanario*.

En el *tipo cotidiano* los accesos sobrevienen todos los dias á la misma hora ó con muy corta diferencia, pareciéndose todos en duracion é intensidad. Algunas veces, en lugar de un solo acceso hay dos en el dia, en cuyo caso se dice que la calentura es *cotidiana doble*. Por último, puede suceder que haya mayor número de accesos en las veinticuatro horas: es muy importante conocer este hecho que ha sido puesto fuera de duda por Melier en un escrito muy interesante, porque estos accesos múltiples son muy cortos, no consistiendo muchas veces mas que en una sensacion rápida de calor seguida de sudor, y pueden fácilmente pasar desapercibidos. Melier ha dado á esta calentura el nombre de *calentura intermitente de cortos períodos* (1).

En el *tipo tercianario* el acceso se reproduce cada dos dias. Algunas veces se observan accesos de *terciana doble*, en cuyo caso hay un acceso todos los dias, pero el tercero se parece al primero, el cuarto al segundo y asi sucesivamente.

En el *tipo cuartanario* el acceso sobreviene cada tres dias (2), de suerte que entre los dos accesos hay dos dias de apirexia. Se han citado algunos ejemplos de *cuartana doble*, en los cuales el primero y el segundo dia hay un acceso, despues al tercer dia apirexia, al cuarto y quinto un acceso, al sesto apirexia y asi sucesivamente.

Hé aqui los principales tipos que hay que estudiar, siendo

(1) *Mémoires de l' Acad. de méd.*; Paris, 1843, t. X, p. 55.
(2) Para no equivocarse en el cálculo, no debe contarse el dia del primer acceso.

de notar que las calenturas cotidiana doble, terciana doble y cuartana doble son poco frecuentes. Ahora me falta indicar algunos otros tipos tan raros que se pueden mirar como verdaderas aserciones. Tales son las tercianas *duplicadas* (cada dos dias dos accesos); las *cuartanas triplicadas* (dos accesos cada tres dias); la *cuartana triple* (un acceso todos los dias, dos débiles y uno fuerte). La calentura *quintana*, *septana*, *octana* (un acceso el quinto, el sétimo ó el octavo dia), y aun se ha hablado de calenturas intermitentes *mensuales* y *anuales;* pero nada hay menos probado que la existencia de tales hechos.

En la inmensa mayoría de casos los estadios de los accesos se suceden del modo indicado mas arriba; pero algunas veces sucede que *falta uno de los dos estadios*, ó lo que es mucho mas raro *que se presenta uno solo*, y lo que es menos comun todavía es que se *altera el órden de aparicion de los estadios.* El estadio de frio puede faltar, pero es muy raro que los enfermos no tengan á lo menos cierta sensibilidad al frio. Mas frecuente es quizás que falte el estadio de calor; pero no se puede afirmar, porque si es muy corto se oculta á la atencion del enfermo, al cual por necesidad nos debemos referir. Por último, á veces falta tambien el sudor; pero es muy raro que no haya un poco de mador.

En algunos casos se ha visto sobrevenir el escalofrio despues del calor y del sudor, pero estas son verdaderas escepciones. Sin embargo, estas irregularidades en algunos casos manifiestos de calentura intermitente, deben recordar al práctico esta grande variedad que jamás debe perderse de vista á la cabecera del enfermo, y que en estas afecciones debe pararse menos la atencion en la forma de la enfermedad que en la vuelta periódica de los accesos. Al hablar de las calenturas perniciosas volveré á ocuparme de esta proposicion.

La *duracion* de los accesos es muy variable, siendo raro que sea menor de una hora, y que se prolongue mas allá de seis ó siete. En cuanto á la duracion de la misma enfermedad es imposible determinarla. En cierto número de casos, y sobre todo en las *calenturas simples vernales*, se ve disiparse la enfermedad por sí misma á los cinco, seis ó siete accesos; pero otras veces, que son las mas, la enfermedad se prolonga indefinidamente, los accesos son mas intensos y se infarta el bazo. En cuanto á

la *duracion de los estadios* es igualmente variable. Sin embargo, se puede decir que en el mayor número de casos el estado de frio dura una ó dos horas, el de calor mas tiempo, y el de sudor se prolonga por muchas horas.

De aqui resulta que el *intervalo de los accesos* tiene una duracion muy varia. Se han citado casos en los cuales un acceso empezaba antes que terminase el otro, constituyendo asi la calentura *subintrante*; pero esto sucede en las calenturas perniciosas.

La *terminacion* de la calentura intermitente simple, sea cualquiera su tipo, puede ser espontáneamente favorable, como he dicho mas arriba. Sin embargo, en la mayor parte de los casos hay que oponer á la enfermedad un tratamiento apropiado, y en estas condiciones termina por la curacion. Si por el contrario se la descuida, hay muchos casos en que los accesos se repiten indefinidamente, y los enfermos caen en una *caquexia* particular que merece indicarse. Se presentan con un color amarillo oscuro ó térreo, lánguidos y abotagados; la cara no tiene espresion, el vientre está voluminoso y los miembros débiles y delgados. Antes de haber hallado el tratamiento especial de estas fiebres, este estado terminaba con frecuencia por la muerte. Mas arriba he hablado de la *tumefaccion del bazo*; muchas veces despues de un considerable número de accesos es tal, que se nota el órgano por debajo y por fuera del ombligo, y algunas veces hasta poca distancia de la espina ilíaca superior y anterior. Finalmente, algunos sugetos presentan *edema* de los miembros inferiores, una anasarca y ascitis que no pueden esplicarse por el estado del bazo, y que es preciso atribuir á una alteracion particular de la sangre.

Las *recaidas* son muy frecuentes, y no se presentan siempre, ni con mucho, con el mismo tipo que el primer ataque, pudiendo sobrevenir aunque el enfermo no se oponga ya á las causas de infeccion, y entonces son ordinariamente ocasionadas por el frio, la humedad, los escesos, en suma, por las causas determinantes indicadas mas arriba (1).

Segun René Vannoye (2), hay un *signo particular que anun-*

(1) Véase §. II, *Causas*.
(2) *Annales de la Societé médicale de la Frandre occidentale*, 1848.

cia la inminencia de la recidiva de las calenturas intermitentes, el cual consiste en un estado especial de la conjuntiva, que tapiza el párpado inferior. Esta membrana que en el estado normal presenta un color rojo mas ó menos vivo, cuando se la examina en un sugeto atacado desde algun tiempo de calentura intermitente, presenta muchas veces segun Vannoye una raya pálida, que circunscribe el arco inferior del segmento menor libre del globo ocular. Cuando se baja el párpado invertido, y se hace dirigir al enfermo el ojo hácia arriba, esta raya representa bastante bien una media luna, de la cual uno de los cuernos corresponde al ángulo interno del ojo, y el otro al ángulo esterno, de manera que su borde cóncavo rodea la parte inferior de la esclerótica, y que su borde convexo se marca por una línea mas ó menos manifiesta en la mucosa palpebral. El grado de palidez de esta raya está en relacion directa con la profundidad del padecimiento que ha sufrido el organismo. Las numerosas observaciones que ha hecho Vannoye sobre este punto le han permitido establecer:

1.° Que cuando este fenómeno no existe, la calentura no ha durado ordinariamente mucho tiempo, á no ser que llegase fácilmente á hacerla caer, sin que su cesacion sea seguida de recidiva.

2.° Que cuando existe, la administracion conveniente de un febrífugo la hace á veces desaparecer en poco tiempo, y entonces no hay que temer que vuelvan los accesos.

3.° Que cuando la raya persiste despues de la desaparicion de los accesos febriles, estos vuelven en casi todos los casos; y solo despues que esta raya se ha confundido con la tinta del resto de la mucosa palpebral no hay que temer que se repitan.

§. V.

FORMAS DE LA ENFERMEDAD.

Antes del descubrimiento de la quina se ocupaban mucho los médicos de las formas de la calentura intermitente, porque se tomaban indicaciones para el tratamiento en el predominio de ciertos síntomas. Sin esta circunstancia, la forma de la enfermedad seria de poca importancia.

Desde luego se ha distinguido *una calentura intermitente inflamatoria* en la cual el frio es corto, el estadio de calor largo, la temperatura alta, la cefalalgia y la soñolencia considerables, y el pulso lleno y duro. Sigue despues la *calentura intermitente biliosa*, en la cual la boca está pastosa, el apetito perdido, hay mal gusto de boca y amargor, la cara está amarillenta y el pulso blando y depresible. Finalmente, se observa la *calentura mucosa* ó *catarral* en la cual padecen varias mucosas.

Se ha dicho que en la primera la quina obra imperfectamente, si antes no se destruye el estado inflamatorio con las emisiones sanguíneas y los diluentes, y que en la segunda el febrífugo encuentra los mismos obstáculos, si no se empieza administrando los vomitivos. Esta opinion se halla muy acreditada, y se funda principalmente en que en los paises cálidos se consigue que desaparezca la calentura biliosa bastantes veces con los vomitivos; ¿pero se halla esto evidentemente demostrado? Por mi parte niego el hecho, pero sí digo que se necesitan hacer observaciones mas exactas para que se desvanezca toda duda. Por lo demás esta cuestion no es muy importante en las calenturas no perniciosas; pero no sucede lo mismo en las que lo son, por lo cual cuando trace la historia de estas últimas, convendrá tratarla con cuidado; asi pues remito al lector al artículo siguiente.

§. VI.

LESIONES ANATÓMICAS.

Los enfermos afectados de calentura intermitente simple, no sucumben sino cuando la caquexia indicada mas arriba ha hecho progresos. Entonces se encuentra el infarto crónico del bazo, cuyo tegido se ha vuelto mas firme y resistente. Tambien se observan las diversas hidropesías de que hemos hablado; pero ninguna otra lesion hay que pueda atribuirse á esta enfermedad. El infarto del bazo en estado agudo ha podido estudiarse en sugetos que han sucumbido por accesos de calentura perniciosa, y entonces tan solo se ha encontrado una simple congestion sanguínea.

§. VII.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Si se recuerda lo que he dicho mas arriba sobre la importancia capital de la periodicidad, se reconocerá que el *diagnóstico* no puede ser dificil para un médico observador, aun cuando los estadios no se presenten con toda la regularidad habitual. Es por lo tanto inútil insistir en este punto.

Pronóstico. El pronóstico de la calentura intermitente simple es favorable, sobre todo porque el médico tiene un medio eficaz de detener los accesos; pero por benigna que sea no se puede decir con certeza que tenderá naturalmente á la curacion. En el anejo del Hotel Dieu he visto un enfermo, que habiendo tenido un primer acceso de hora y media, vió que todos los dias se aumentaba esta duracion, hasta que despues de veintidos accesos para los que nada se habia hecho, desaparecia casi completamente el intervalo apirético. Al vigésimo tercero acceso se le condujo al hospital, en donde se le administró inmediatamente el sulfato de quinina; pero era ya demasiado tarde; el acceso fué pernicioso y causó la muerte. Tampoco se deben olvidar las convulsiones que pueden ser muy pronto funestas en los niños.

Segun la observacion general, las calenturas vernales son menos peligrosas que las autumnales. En igualdad de circunstancias la enfermedad es mas grave en los sugetos debilitados. Por último, la caquexia de las calenturas intermitentes es de un funesto agüero.

§. VIII.

TRATAMIENTO.

El *tratamiento* de esta enfermedad es de los mas sencillos. Ya no se piensa en la actualidad en dejar seguir la calentura intermitente sin combatirla; esta opinion no podia sostenerse sino cuando no se habia encontrado el remedio específico. Los autores que mas se han ocupado de este punto

de terapéutica, Torti, Strack, Lind, etc., han demostrado que una calentura intermitente benigna en apariencia, podia hacerse perniciosa al quinto ó al sesto acceso, y los hechos que he citado están destinados á hacer cesar toda vacilacion sobre este punto.

Pero como se ha manifestado anteriormente se ha dicho que la quina no obraba bien, sino se habia combatido antes el elemento inflamatorio, saburral ó bilioso, y por esta razon se aconseja una preparacion que consiste, segun los casos, en sangrías, vomitivos, purgantes y diluentes. El exámen atento de los hechos no me ha convencido de la utilidad de estas preparaciones, aunque en ciertos casos se haya visto desaparecer la calentura despues de administrar uno ó mas emeto-catárticos. Cuando hable de las calenturas perniciosas, haré ver el peligro de este método. Por consiguiente, el remedio á que es preciso recurrir desde luego es la quina y sus preparados. Mas puede el médico ser llamado en el momento del acceso: ¿y en este caso se deberá obrar inmediatamente? No, cuando se trata de una calentura intermitente simple, cuyos accesos dejan entre sí intervalos bastante considerables; pues es preciso esperar á la apirexia para administrar el específico, y entre tanto se limitará el médico á los medios siguientes:

Tratamiento del acceso. Se ha propuesto apresurar por diversos medios el desarrollo de los accesos. Favorecer el calor y el sudor elevando la temperatura, dando escitantes difusibles y bebidas calientes; hé aqui á que se reduce esta medicacion, cuya accion no es muy manifiesta (1). Segun Lind (2), es útil una dosis moderada de *opio* para calmar la violencia, y para abreviar la duracion del acceso. Pero en general se contentan los médicos con dar una bebida tibia y emoliente, y con mantener á los enfermos á una temperatura suave en cama y en un sitio tranquilo. Cualquier otro medio es inútil y pudiera ser peligroso.

Tratamiento curativo. En la actualidad está universalmente reconocido que el medio curativo por escelencia es el *sulfato de quinina*. Pero antes de hablar de él debo decir dos palabras

(1) Véase Wilson Phillips, *Fièvres intermittentes;* Paris, 1819.
(2) *Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds;* Paris, 1785.

acerca de los *baños de chorro frios*, alabados en estos últimos años por el doctor Fleury (1).

Baños de chorro frios. Segun este médico, los *baños de chorro frios* serian por lo menos tan eficaces como el sulfato de quinina en el tratamiento de la calentura intermitente simple y reciente, y superior en el tratamiento de la calentura antigua y rebelde. Pero sin dejar de reconocer que Fleury ha obtenido por este medio felices resultados, no creo que se le pueda atribuir esta superioridad, porque los casos de curacion no menos notables, logrados con el sulfato de quinina, son inumerables.

Administracion del sulfato de quinina y de la quina. Esta sal se da en una pocion, en píldoras ó en polvo en una hostia ó en café para disfrazar su amargor á la dosis de 40, 60 y 80 centígramos ó 1 gramo (de 8, 12, 16 y 20 granos). Esta última dosis puede darse los dos ó tres primeros dias á lo menos en un adulto fuerte y vigoroso. En otras condiciones de edad y fuerza, se empieza por menores dosis.

Desde el cuarto ó quinto dia, cuando se ha cortado bien la calentura, se puede disminuir sucesivamente la dosis del sulfato de quinina, pero teniendo cuidado de continuar la administracion del medicamento durante doce ó quince dias, á fin de evitar las recidivas.

Algunos médicos, entre los cuales se debe contar á Sydenhan, han aconsejado despues de cortada la calentura, dar la dosis primitiva del febrífugo y lo que este médico decia de la quina se aplica naturalmente al sulfato de quinina, á intervalos mas ó menos distantes, escogiendo el dia en el que hubiese habido apirexia si hubiese continuado la calentura.

No se tiene ideas muy exactas acerca de la eficacia relativa de estos diferentes modos de administrar el sulfato de quinina. Lo que es preciso sobre todo saber es que una calentura cortada tiene gran tendencia á reproducirse si se suspende demasiado pronto el febrífugo.

Recientemente el doctor Pfeufer (2) ha citado treinta y cuatro casos, en los que se ha logrado cortar la calentura *dando*

(1) *Des douches froides apliquées au traitement de la fièvre intermittente* (*Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1848, t. XVI, p. 289).

(2) *Neue medicinische Zeitung.*

una sola dosis de 50 *centígramos* (10 granos) de *quinina de una vez poco tiempo antes del acceso.* En las dos terceras partes de casos ha habido despues de la administracion del medicamento, un segundo acceso menos fuerte que los precedentes; pero luego no ha vuelto á aparecer la calentura. Si este método fuese realmente tan eficaz como dice este autor, seria una gran ventaja, sobre todo en el campo, á donde el alto precio de la quinina impide dar dosis suficientes; pero es necesario todavia que haya hechos antes de decidir.

Una regla que tiene en su favor la sancion de una larga esperiencia, es la de empezar á administrar el sulfato de quinina desde que empieza la apirexia, es decir, en la época mas distante del momento en que se debe verificar el acceso, y hacer de suerte que toda la dosis sea tomada algunas horas antes de este momento. En efecto, es sabido que esta sal necesita algun tiempo para obrar, y es tan cierto que no es raro ver que repite el acceso una ó dos veces, mas ó menos retardado y mas ó menos debilitado despues de la administracion de este medicamento.

Los médicos que consideran á la calentura como dependiente del infarto del bazo, aconsejan que se continúe la administracion del sulfato de quinina á alta dosis, durante todo el tiempo que su volúmen pase de los límites naturales, y si este infarto es antiguo y se disipa con dificultad, dan la sal á grandes dosis. En efecto, es sabido que Bally administraba hasta 36 ó 54 granos (2 y 3 gramos) de sulfato de quinina y mas. Los ensayos que he intentado me han convencido de la inutilidad de estas grandes dosis de sulfato de quinina. Cuando la calentura está bien cortada, el bazo disminuye de dia en dia y recobra su estado normal, aun cuando se bajase la dosis á 60 y 50 centígramos (12 y 10 granos).

Nonat ha citado hechos que tienden á demostrar que algunas aplicaciones de *sanguijuelas* ó de *ventosas escarificadas* en la region esplénica, aceleran el restablecimiento del estado normal del bazo, aunque se reduzca el sulfato de quinina á dosis muy pequeñas como 20 ó 30 centígramos (4 ó 6 granos).

En la memoria que he citado mas arriba he dicho que el bazo que quedaba estacionario por dos ó tres dias despues de la cesacion de la calentura, aun cuando se continuase la admi-

nistracion del medicamento á dosis bastante alta, disminuia con rapidez bajo la influencia de las sanguijuelas; pero despues he visto que habia procedido con demasiada ligereza, y en otros casos habiendo esperado uno ó dos dias mas, he observado que disminuia con rapidez el órgano hinchado, aunque yo no hubiese hecho aplicar sanguijuelas, y despues de haber reducido el sulfato de quinina á 50 centígramos (10 granos). Es verdad que esta dosis es mas considerable que la que prescribia Nonat, pero estos últimos hechos prueban que las emisiones sanguíneas locales no tienen tan gran influencia como yo habia creido primero.

Si hubiéramos de creer á Piorry (1), la accion del sulfato de quinina es tan pronta que un gramo (18 granos) de esta sustancia administrado en una pocion suficientemente acidulada para trasformar la sal en bisulfato, basta para hacer que el bazo disminuya una cantidad notable al cabo de cuarenta ó cincuenta segundos. Los esperimentos que he hecho (2) me han demostrado que esta asercion es errónea; pues constantemente he visto que estando cortada completamente la calentura, el bazo conservaba su volúmen por tres ó cuatro dias, aunque la dosis del sulfato de quinina fuese de 1 á 2 gramos (de 18 granos á $1/2$ dracma), tomados de una vez el primer dia y por dosis refractas los siguientes. Gouraud (3) ha esplicado la ilusion de Piorry por un desarrollo considerable de gases en el estómago, cuyo gran fondo oculta por su sonoridad el sonido á macizo del bazo. En los casos que habia citado cuando publiqué mi memoria no habia observado este efecto; pero últimamente en un sugeto afectado de una terciana con un desarrollo considerable del bazo, le he visto producirse del modo mas evidente. Al medio minuto pareció disminuir el sonido á macizo del bazo, pero solo por su límite interno; despues esta disminucion aparente hizo tales progresos que la mitad interna de la estension en que se percibia el sonido á macizo habia desaparecido para dar lugar á un sonido muy claro, al paso que persistia la mitad esterna. Y aqui no podia haber equivocacion en la causa, porque el sonido á macizo habia conservado su estension segun el diámetro longi-

(1) *Traité de méd. prat.*, t. VI, SPLENOPATHIES.
(2) Véase *Mémoire cité* (*Union médicale*, 1847).
(3) *Journ. des conn. méd.-chir.*

tudinal, mientras habia disminuido una mitad segun el diámetro trasversal; por otra parte se sabe que cuando se trata de la disminucion del mismo órgano, esta disminucion es concéntrica. Además, habiendo sido examinado el enfermo dos horas despues, el volúmen anormal del bazo daba lugar al sonido á macizo primitivo, porque habia cesado la distension del estómago. Finalmente, para que nada faltase al esperimento se hizo la misma prueba al dia siguiente con un vaso de tisana fria, y sucedió absolutamente lo mismo que con el sulfato de quinina.

En los *niños* es dificil la administracion de este medicamento, cualesquiera que sean las precauciones que se tomen. Se le puede prescribir *con café*, pero la infusion de esta sustancia es muy escitante en esta edad.

Sin embargo, administrándole como recomienda Ebrard, no hay inconveniente. Este médico deslie de 10 á 15 centígramos (de 2 á 3 granos) de sulfato de quinina en algunos granos de café tostado, despues añade 30 gramos (una onza) de una infusion cualquiera, endulza esta mezcla y aun añade un poco de leche. Los niños toman esta bebida sin repugnancia.

El doctor Petzold (1) da á los niños muy pequeños la mezcla siguiente:

℞	Miel....................	45 gram.	(℥jß)
	Sulfato de quinina.........	75 centígram.	(15 g̃)
	Mistura de ácido sulfúrico..	4 gram.	(ʒj)

Mézclese. Se da una cucharada cada hora ó cada dos horas.

Hay un medio mas sencillo que consiste en hacer *pequeñas píldoras de quinina en bruto*, que se les dan en una mezcla, en una ciruela, en sopa, etc. Como la quinina en bruto tiene menos accion que la sal, es preciso dar una dosis un poco mayor, 20 á 25 centígramos (12 á 16 granos) para un niño de tres ó cuatro años, elevando en seguida la dosis segun la edad.

Antes del descubrimiento del sulfato de quinina se obtenian los resultados con la quina. Pero como pudiera suceder que el médico no tuviera á su disposicion mas que esta sustancia, se la puede dar en forma de estracto á la dosis de 6, 8, 12 y 16

(1) *De la fièvre intermittente chez les enfans nouveau-nés* (*Journal für Kinderkrankheiten*, diciembre de 1845).

gramos (1 $^1/_2$, 2 y 4 dracmas), en bolos, hostias ó en bebida. La quina en polvo debe prescribirse á mayores dosis, desde 15 á 50 gramos (de 4 á 12 $^1/_2$ dracmas) y aun mas. Este último modo de administracion es mas difícil.

El sulfato de quinina es una sal irritante, por lo que cuando el estómago está inflamado ó es muy susceptible, hay inconvenientes en administrarla por la boca, en cuyo caso se la puede dar en *lavativas*, cuidando de añadir de 10 á 12 gotas de *láudano* para que pueda retenerse el líquido. Si la irritacion del estómago es poco considerable se puede administrar tambien el medicamento por la boca, pero asociándole al *opio*, ó bien se puede recurrir á la quina que es menos irritante que el sulfato de quinina.

Pero puede suceder tambien que el intestino esté inflamado, en cuyo caso se ha recurrido al *método endérmico*. Es cierto que aplicando el sulfato de quinina á la piel denudada, se puede cortar la calentura; pero esta sal tiene el inconveniente de causar vivos dolores, y lo que es mucho peor el de producir escaras.

Las fricciones con una pomada cargada de sulfato de quinina son un medio muy infiel. Sin embargo, nos vemos con frecuencia obligados á recurrir á ellas en los niños, y esto es lo que ha hecho en particular Ebrard, cuyas interesantes investigaciones he citado muchas veces, y yo mismo he obtenido de ellas muy buenos efectos. Se mezcla el sulfato de quinina con la manteca en la proporcion de 1, 2 y 3 gramos (18, 36 y 53 granos) y mas de sulfato de quinina por cada 30 gramos (una onza) de manteca. Las fricciones se hacen en las axilas, en las íngles y en el abdomen.

Se han buscado otras sustancias sucedáneas de la quina y del sulfato de quinina, pero casi todos estos medios alabados durante un poco de tiempo, han caido en olvido. Tales son la *salicina*, el *olivo*, el *hierro*, el *mercurio*, el *opio*, el *alumbre*, el *fósforo*, etc., etc.

El doctor Gendron (1) ha alabado en estos últimos tiempos el *alquequenge* en polvo (*physalis alkekengi, solanum vesi-*

(1) *De l' alkékenge ou coqueret des vignes* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, enero de 1851).



carium). Esta sustancia se da á dosis variables, y segun los casos se puede prescribir de 4 á 18 gramos en medio vaso de agua. Los hechos referidos por Gendron deben inducir á ensayar este medicamento, principalmente en las aldeas en donde seria tan ventajoso tener un sucedáneo de la quina poco dispendioso.

El *arsénico* merece que se haga de él una mencion especial. Ya se habia administrado á la dosis de $^1/_{30}$ á $^1/_{16}$ de grano, y algunos autores habian alabado sus buenos efectos, cuando Boudin (1) tuvo ocasion de ensayar esta sustancia en gran número de militares que habian contraido calenturas intermitentes. Este práctico ha deducido de lo que ha observado, que hay cierto número de casos en los cuales no habiendo tenido accion el sulfato de quinina, el ácido arsenioso ha curado la calentura; que hay un número mucho menos considerable en los que no produciendo efecto el arsénico, el sulfato de quinina ha procurado la curacion. Por último, que en los casos en que uno y otro medicamento han producido buen resultado, el ácido arsenioso obra mas pronto y con mas seguridad. Como se ve, estos esperimentos dan toda la ventaja al arsénico, mas por desgracia no se han repetido bastante. Por mi parte habiendo recurrido en muchos casos al ácido arsenioso, he visto continuar los accesos por ocho y diez dias, al paso que la primera dosis de sulfato de quinina los ha hecho cesar. ¿He tropezado con algunos de estos casos particulares mencionados por Boudin, y en los cuales es el arsénico ineficaz? No puedo decirlo, é invito á los prácticos á que repitan estos ensayos. Hé aqui como procede Boudin.

FÓRMULA PRIMERA.

Polvo mineral febrífugo.

℞ Acido arsenioso........ 1 centigram. ($^1/_8$ de g)

Añádase sucesivamente y por pequeñas porciones:

Azúcar de leche pulverizada............ 1 gram. (20 g)

Tritúrese en un mortero de cristal por bastante tiempo

(1) *Traité des fièvres intermittentes*, etc.; Paris, 1842.—H. Bailly, *Études sur l' emploi thérapeutique des préparations arsénicales;* Tésis, Paris, 1850.

(diez minutos por lo menos) para que sea perfecta la mezcla, y divídase en veinte papeles iguales.

Cada papel representa medio milígramo ó sea un centésimo de grano de ácido arsenioso.

Se toma uno de estos papeles desleido en una cucharada de agua, cinco ó seis horas antes del momento en que se presume que acometerá el acceso.

FÓRMULA SEGUNDA.

Píldoras minerales febrífugas.

℞ Arseniato de sosa...... 1 centígram. ($^1/_5$ de ℥)
Disuélvase en:
Agua destilada........ C. S.
Satúrese con:
Almidon pulverizado... C. S.

Háganse veinte píldoras, de las cuales se tomarán una ó dos en las veinticuatro horas.

FÓRMULA TERCERA.

Lavativa mineral febrífuga.

℞ Arseniato de potasa..... 1 centígram. ($^1/_5$ de ℥)
Agua destilada.......... 1000 gram. (2 cuartillos)

Divídase en diez partes, y cada una de ellas servirá para una lavativa.

Se ve pues que sino estamos seguros de la eficacia superior del arsénico, por lo menos las dosis que aconseja Boudin son bastante cortas para que no pueda temerse ningun accidente funesto. Pero este médico, que primitivamente nunca pasaba de la dosis de 1 á 2 centígramos (de $^1/_5$ á $^2/_5$ de grano), la aumenta en la actualidad hasta 4 y 6 centígramos ($^4/_5$ y $^6/_5$ de grano) y usa al mismo tiempo un tratamiento analéptico.

El doctor Saurel (1) ha referido una observacion hecha en sí mismo, en la que se ve que el arsénico tomado á la dosis de $^1/_4$ de grano curó rápidamente una calentura intermitente,

(1) *Gazette médicale de Montpellier*, abril de 1847.

que se resistia desde largo tiempo al sulfato de quinina, y que habia ocasionado un estado caquéctico de los mas marcados.

El doctor Mazieres (1) trata con buen éxito las calenturas intermitentes por el ácido arsenioso á la *dosis de* 3, 4 *y* 5 *centígramos* ($^3/_5$, $^4/_5$ y 1 grano) *al dia*, y reserva el sulfato de quinina para casos particulares.

Hidroferrocianato de potasa y de úrea. El doctor Baud (2), de Bourganeuf, ha dado á conocer un nuevo medio que en su concepto seria superior al del sulfato de quinina, el cual consiste en el uso del *hidroferrocianato de potasa y de úrea*, administrado de la manera siguiente:

Se hacen con esta sustancia píldoras que cada una contenga 15 centígramos (3 granos), que se cubren de azúcar para disfrazar su amargor. Si el médico es llamado en el momento del acceso, se recetan diez, quince ó veinte píldoras, para tomar cada vez cinco en una cucharada de tisana ó agua, de media en media hora. Si el enfermo está apiréctico, se le prescribe 10, 15 ó 20 píldoras que tomará en parte una hora antes del acceso y en parte durante la primera hora del mismo acceso. Por último, si se trata de accesos parciales ó de accesos que no dejan entre sí intervalo apiréctico, es necesario aumentar considerablemente la dosis de píldoras, que se da á cortos intervalos y cuyo uso se continúa durante muchos dias.

No se debe temer el aumento de las dosis, porque Baud se ha cerciorado de su perfecta inocencia aun cuando se multiplicasen las píldoras hasta ochenta y ciento en un dia. Asi pues, cuando los accesos son muy violentos no debe haber inconveniente en dar treinta y cuarenta en tres, cuatro y cinco tomas, parte antes del acceso y parte durante el acceso.

Hé aqui ahora cuál es la accion de estas píldoras. Cuando la calentura es simple y de intensidad moderada, se encuentra atenuado y abreviado el estadio de frio, el estadio de calor apenas es perceptible y una traspiracion fácil sin ningun accidente, juzga la enfermedad de tal suerte que el acceso siguiente falta del todo ó bien apenas se nota.

Si la enfermedad es mas violenta, pueden suceder al prime-

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 de enero de 1848.

(2) *Nouveau mode de traitement des maladies périodiques et autres affections intermittentes;* Paris, 1850.

ro uno ó dos accesos, pero son de cada vez mas débiles y bien pronto se completa la curacion.

Baud se funda en ciento sesenta observaciones recogidas en su práctica y en la de otros muchos médicos; pero yo me limitaré á indicar los treinta y un casos que se han observado por la comision de la Academia de medicina, casos en los que la calentura intermitente era rebelde y habia resistido en cierto número de sugetos al sulfato de quinina y á las preparaciones arsenicales, y entre los cuales hubo veintiseis curaciones completas, dos casos dudosos y tres casos rebeldes. Por consiguiente, es necesario esperar aun para fallar acerca del valor de este tratamiento.

Sal marina. El doctor Thomas (1) de Nueva Orleans, ha empleado con buen éxito el *cloruro de óxido de sodio* contra la calentura intermitente que se ha resistido al sulfato de quinina, y hé aqui cuál es su modo de proceder:

Administra el cloruro de sodio á la dosis de 2 dracmas (8 gramos) al dia en un poco de agua azucarada ó de tisana, una dracma por la mañana y otra tres horas despues de almorzar. Continúa dándole ordinariamente tres dias, si queda cortado el acceso desde el primero al segundo dia, lo que sucede habitualmente en la calentura cotidiana ó terciana. Cuando la calentura persiste mas tiempo, aconseja prolongar mas su uso. Algunas veces se necesita una semana ó mas en las calenturas cuartanas. Las dosis indicadas pueden aumentarse sin inconveniente, y aun es indispensable hacerlo en ciertos casos. Pero en general la dosis que se acaba de indicar parece suficiente, aunque algunos médicos de aquellos paises hayan juzgado conveniente aumentarla mas.

Ventosas secas. Habiendo observado el doctor Gondret (2), aplicando ventosas secas como medio derivativo en las enfermedades de los ojos, que muchas calenturas que complicaban estas enfermedades se habian curado, ha empleado este medio contra la calentura intermitente en general, y ha referido hechos numerosos para probar su eficacia. En el informe dado por Bricheteau en la Academia de medicina encontramos nueve ca-

(1) *Gazette des hôpitaux*, mayo de 1847.

(2) Véase *Rapport de Bricheteau sur une méthode de traiter les fièvres intermittentes* (*Bull. de l' Acad. de méd.*, 1850, t. XV, p. 688).

sos, en los que las ventosas secas han producido efectos diversos; siete veces se cortó la calentura, aunque en algunos casos hubo recidivas; dos veces falló este medio y una vez fue dudoso el resultado. Grisolle ha obtenido un éxito completamente feliz en un caso é incompleto en otro. Por último, entre doce casos, Martin Solon no tuvo mas que dos felices. Resulta pues, de los hechos que el tratamiento por las ventosas secas debe considerarse hasta que tengamos otros datos, como un medio infiel, y lo que principalmente conviene notar es que muy frecuentemente exige muchos dias para procurar la curacion y que son frecuentes las recidivas.

Las ventosas secas deben aplicarse en número de diez á veinte á lo largo de la columna vertebral, y principalmente en la nuca en el momento de la invasion del acceso.

El doctor Elias Bellencontre (1) ha propuesto usar contra la calentura intermitente, fricciones con aceite de *trementina* y *láudano de Rousseau* en la proporcion siguiente:

℞ Aceite esencial de trementina..	125 gram.	(℥jv)
Láudano de Rousseau.........	4 gram.	(ʒj)

Mézclese. Se hacen fricciones mañana y noche durante la apirexia en la columna vertebral. La dosis es de dos cucharadas para cada friccion; pero sin embargo esta se halla subordinada á la edad y á la constitucion del enfermo.

El doctor Mailler (2), que ha usado este método desde el año 1846, ha obtenido un éxito constantemente feliz, por lo cual convendria esperimentarle de nuevo.

Tratamiento de la caquexia intermitente. Los mejores remedios para combatir esta caquexia son el habitar en un *sitio seco*, *vestidos* que defiendan el cuerpo del frio y de la humedad, un *régimen* fortificante, los *amargos*, los *tónicos* y sobre todo los *ferruginosos*.

Contra el edema consecutivo se emplearán los mismos medios y además fricciones secas ó aromáticas, fumigaciones aromáticas y ligeros laxantes, si hay estreñimiento.

Resulta de las observaciones de Forget (3), de Strasburgo, que la *quina* á la dosis de 4 gramos (1 dracma) de estracto

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, julio de 1846.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, noviembre de 1849.
(3) *Bull. gén. de thér.*, agosto de 1848.

blando en una pocion es mas eficaz contra la anasarca que se sigue á las calenturas intermitentes que el mismo sulfato de quinina. Sin embargo, no se puede menos de notar que en sus observaciones se ha dado la quina, despues de haber usado el sulfato de quinina, y en una época en la que la enfermedad podia tener tendencia á disiparse por si misma. Para fijarnos sobre este punto convendria esperimentar la quina en el período en que se presenta la anasarca.

Tratamiento de la calentura intermitente de los niños. El tratamiento seguido por Semanas consiste en la administracion de lavativas de quina ó con sulfato de quinina, y en fricciones con una pomada de sulfato de quinina. Esta última está compuesta de partes iguales de manteca y de sal febrífuga. Para usarla, basta simplemente poner cada hora en las axilas y en las íngles una porcion de pomada del tamaño de una avellana. En cuanto á las lavativas hé aqui su composicion:

℞ Quina amarilla real....... 18 gram. (ʒjvß)

Háganse 60 gramos (2 onzas de cocimiento) y añádase:

Sulfato de quinina........ 5 decígram. (10 g̃)
Polvo de goma arábiga.... C. S.

Mézclese.

Estas lavativas deben administrarse con intervalos de 5 horas; pero si la calentura fuese muy grave, se deben dar por intervalos de tres horas y elevar la dosis del sulfato de quinina hasta 8 ó 10 decígramos (6 ó 20 granos).

ARTICULO X.

CALENTURAS PERNICIOSAS.

Despues de haber descrito con cuidado la calentura intermitente simple, nuestro trabajo respecto á las calenturas perniciosas se halla muy simplificado, pues en efecto, solo se trata de indagar en qué se diferencian estas de las primeras, y de que modo se las puede conocer.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Se debe dar el nombre de *calentura perniciosa* á todos los accesos febriles que se complican con accidentes graves hácia los órganos principales de la economía, ó que presentan una intensidad exagerada de los fenómenos de la calentura intermitente, condiciones funestas, en las cuales los enfermos corren peligro de muerte como lo ha demostrado la esperiencia.

Mucho es lo que se ha escrito sobre las fiebres perniciosas. Morton (1) empezó á llamar especialmente la atencion de los médicos hácia estas afecciones tan graves, y posteriormente los médicos que ejercian en paises pantanosos dieron muy buenas descripciones de ella. Entre estas merece en primer lugar la de Torti (2), que es consultada por todo el mundo. Entre nosotros Nepple (3) y Maillot (4) son los que han tratado con mas estension las cuestiones relativas á las calenturas perniciosas, y podria citar una multitud de trabajos interesantes sobre este punto, que han visto la luz pública en recopilaciones científicas ó en escritos separados; pero me contentaré con mencionar una escelente memoria, que debemos al doctor Drouet (5) y en la cual se hallan tratadas todas las cuestiones con el mayor cuidado.

§. II.

SÍNTOMAS.

Se han multiplicado casi al infinito las divisiones; pero antes de dar á conocer las principales, diré algunas palabras de la sintomatologia en general, porque estas generalidades, si son bien comprendidas, pueden servir de detalles.

Si se ve que en un sugeto, poco antes completamente sano,

(1) *Opera medica;* Lugduni, 1737.
(2) *Therapeutice specialis ad febres periodicas perniciosas;* Leodii, 1821.
(3) *Essai sur les fièvres remittentes et intermittentes;* Paris, 1828.
(4) *Traité des fièvres intermittentes;* Paris, 1836.
(5) *Des fièvres intermittentes pernicieuses;* Tésis, Paris, 1845.

sobrevienen síntomas muy graves, cualesquiera que sean, se debe sospechar que hay que tratar una calentura intermitente perniciosa.

Si un exámen atento de todos los órganos no da á conocer una lesion profunda de uno de ellos, la presuncion es mayor.

Si es época en que reinan las calenturas intermitentes, sea cualquiera el sitio en que suceda, hay una razon mas para creer que se trata de una calentura intermitente perniciosa, y esta razon adquiere aun mas fuerza, cuando el pais es pantanoso ó reina una calentura intermitente, ó si el pais ha adquirido accidentalmente por la limpia de canales, la desecacion de lagunas, etc., las condiciones de los paises pantanosos.

Si se supiese que el enfermo ha sido, en una época anterior, acometido de calentura intermitente, será menor la vacilacion; por último, si se supiese que los accidentes graves de que el médico ha sido testigo, han sido precedidos de accesos con intervalos mas ó menos marcados, no se podria ya dudar desde el primer exámen de que se trata de una calentura perniciosa.

Tales son los principios que sirven de guia á los prácticos en los paises en que las calenturas intermitentes son endémicas y se presentan frecuentemente con el caracter pernicioso. Siguiéndolos, y pensando contínuamente en la posibilidad de la intermitencia, no hay peligro de caer en errores de diagnósticos tanto mas deplorables, cuanto que el enfermo puede sucumbir al tercero ó cuarto acceso, y algunas veces al segundo y aun al primero.

§. III.

FORMAS DE LA ENFERMEDAD.

Despues de estas esplicaciones, las diferentes *formas* que se han admitido no merecen ya sino una simple mencion.

La exageracion de los síntomas propios de los diversos estadios de la fiebre intermitente da lugar á dos calenturas principales. La primera es la *fiebre álgida*, en la cual el frio es escesivo, y el enfermo puede sucumbir con todos los signos de

un enfriamiento mortal. El intervalo apirético en esta forma deja á los enfermos mas ó menos abatidos, y el estadio de sudor es poco marcado, sobreviniendo por lo comun la muerte desde el primero al tercer acceso. La segunda forma es la *fiebre diaforética*, que no es otra cosa que la exageracion del estadio de sudor. La traspiracion es escesiva, y los enfermos pueden sucumbir con todos los signos del aniquilamiento mas completo en el primero ó segundo acceso.

Entre las calenturas perniciosas, que tienen por síntomas fenómenos graves de parte de órganos importantes, ninguna se presenta con mas frecuencia que las que ofrecen *trastornos nerviosos* y principalmente el *delirio* y el *coma*. Esta forma tan frecuente de la enfermedad que nos ocupa, es la que especialmente ha suministrado argumentos á los que ven en la calentura intermitente una gastroencefalitis ó una afecion céfaloraquidiana. En cuanto á la teoría que quiere hacer de la calentura intermitente una gastroencefalitis, no puede sostenerse ya en el dia, porque la anatomía patológica ha demostrado que el cerebro y el estómago no presentan ningun síntoma inflamatorio; y por otra parte ¿cómo se ha de admitir que una inflamacion bastante grave para producir síntomas terribles ceda al sulfato de quinina? Si hago esta mencion de esta teoría, es porque conduciendo á un tratamiento antiflogístico, ha sido sumamente funesta.

Si hay *coma* se dice que la calentura es *escomatosa*, *letárgica* ó *apoplética*, etc. Un delirio mas ó menos marcado constituye la *calentura delirante*. En cuanto á la *calentura convulsiva* se le han dado diversos nombres (*epiléptica*, *tetánica*, *cataléptica*, etc.), segun que las convulsiones afectan tal ó cual forma.

Mas rara vez se observan síntomas graves *por parte del corazon*, sin embargo, en algunos sugetos se manifiesta un dolor de los mas violentos hácia el epigastrio y la region precordial, constituyendo la calentura *cardiálgica*, en otros sobrevienen *síncopes* mas ó menos fuertes; y esta es la *calentura sincopal*.

Las otras formas que aun tengo que mencionar son menos frecuentes y en general menos peligrosas. Tales son *por parte de las vias digestivas y de sus anejos*, la *calentura colérica*, la *calentura disentérica*, la *gastrálgica*, la *nefrítica* y la *hepática*.

El doctor Liegey (1) ha observado en la época en que el cólera empezaba á reinar en el Norte de Francia, *calenturas intermitentes de forma colérica.* Sin embargo, el sulfato de quinina era el remedio que mejores resultados producia en estos casos particulares.

Finalmente, *por parte de las vias respiratorias* se ha indicado la *calentura asmática*, *afónica*, *pleurítica* ó *neumónica.*

Las dos primeras apenas merecen ocupar un lugar entre las calenturas perniciosas.

Todas las formas, como se ve, toman sus síntomas de enfermedades bien conocidas, por consiguiente es inútil toda descripcion circunstanciada.

§. IV.

DURACION DE LOS ACCESOS.

Todavía no he hablado de la *duracion creciente de los accesos*, y sin embargo, es una circunstancia que no debe perderse de vista, porque debe hacer temer que la calentura que puede haber empezado por ser simple y benigna, se haga perniciosa. En efecto, á medida que el acceso se haga mas largo, puede ser mas intenso; el cuarto y el quinto pueden ir acompañados de accidentes mortales, ó no dejar entre sí ningun intervalo apirético para la administracion mas conveniente del sulfato de quinina.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

En las calenturas perniciosas el bazo presenta lesiones graves, á lo menos en el mayor número de casos. Está hinchado á veces de un modo muy notable, reblandecido y á veces convertido en una papilla negruzca, y en otras ocasiones roto. En cuanto á las lesiones de los otros órganos, se reducen casi siempre á simples congestiones, de donde resulta que la

(1) *Union médicale*, 10 de febrero de 1849.

perniciosidad de las calenturas intermitentes de ningun modo depende, como se ha pretendido, de que la calentura se complica con diversas afecciones, porque estas congestiones son dependientes de la causa deletérea que ha producido la misma calentura.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

En las consideraciones anteriores he sentado las bases del *diagnóstico* y del *pronóstico*, y nada tengo que añadir aqui.

§. VII.

TRATAMIENTO.

En el *tratamiento* de las calenturas perniciosas es en el que principalmente se han suscitado discusiones acerca de cuál sea el mas conveniente, resultando de aqui algunos principios generales que importa examinar.

Habiendo llamado sobre todo la atencion los síntomas que se observan en los órganos importantes, se ha creido que ante todo era preciso combatirlos, y en los casos de fiebre perniciosa es en los que con especialidad se ha sentado como principio que la quina no obra bien, si antes no se ha combatido la *congestion cerebral*, el *estado inflamatorio* general, el *estado bilioso*, etc.

Bajo este aspecto importantísimo he examinado las observaciones publicadas por los autores, sobre todo las de Nepple y Maillot, y me he convencido de que el tiempo durante el cual se habia tratado á los enfermos con las *sangrías*, *sanguijuelas* y *vomitivos* habia sido un tiempo perdido con gravísimo peligro de los pacientes. Los médicos han sido engañados por la remision que naturalmente sobreviene despues del acceso, y se han olvidado de que los medios que verdaderamente obran sobre la calentura intermitente, perniciosa ó no perniciosa, no son los que moderan los síntomas que existen actualmente, sino los que obran sobre el acceso siguiente, ya sea suprimiéndole, ya moderándole ó retardándole; ahora bien, no hay mas que la

quina, que obre de un modo bastante constante para inspirarnos confianza, por consiguiente se deberá recurrir á la quina tan pronto como sea posible.

No es esto decir que hayan de descuidarse los síntômas de que se trata, sino que al mismo tiempo que se los combate, se recurra inmediatamente al febrífugo, y que sería mucho mejor descuidarlos que combatirlos retardando la administracion del remedio específico.

Se ha recomendado esperar á la apirexia para la administracion del sulfato de quinina, á no ser que los accesos dejen entre sí tan corto intervalo que no permitan obrar convenientemente. Si se consultan las observaciones se ve que mil veces ha habido que arrepentirse de haber seguido este precepto. Puede suceder efectivamente, que el enfermo sucumba en un acceso prolongado, y aunque en semejante caso la administracion del sulfato de quinina tenga pocas probabilidades de buen éxito, es sensible privar al enfermo de estas probabilidades por pocas que sean; pero lo que es mucho mas grave es que puede suceder que los accesos que hasta entonces habian dejado intervalos suficientes se prolonguen repentinamente, de modo que no dejen sino un intervalo muy corto ó ninguno. En semejante caso el acceso siguiente, que no ha habido tiempo de prevenir, porque se ha esperado para obrar al fin del anterior, puede arrebatar rápidamente al enfermo. En ningun caso referido por los autores he visto que la administracion del sulfato de quinina durante el acceso haya producido los funestos efectos que se le atribuyen; yo mismo habiendo sido llamado para un caso de calentura con delirio violento seguido de coma, no dudé en prescribir inmediatamente el sulfato de quinina, cuya administracion habia sido diferida para la apirexia por otro médico; ningun accidente sobrevino: el acceso siguiente, que empezó poco despues de concluido el que yo acababa de presenciar, fue mucho mas débil y el tercero faltó enteramente.

En resúmen, debe ser considerado el sulfato de quinina mas de lo que se hace comunmente como el remedio soberano, no solo de la calentura intermitente, sino tambien de todos los síntomas que la acompañan cualquiera que sea su naturaleza. Partiendo de este principio, se obrará á tiempo sin pararse en consideraciones accesorias.

La *dosis* del sulfato de quinina debe ser mayor en las calenturas perniciosas que en la calentura intermitente simple. Esta cantidad varía desde 1 á 2 y aun 4 gramos (de 18 á 36 y aun 54 granos) en un adulto; pero muy bien podemos detenernos en la dosis de 1 á 2 gramos (18 á 36 granos). En cuanto al *modo de administracion*, es el mismo que en la fiebre intermitente simple, y como en esta si no se la puede introducir por la boca, hay que buscar las otras vias que he mencionado, ó mas bien se debe obrar á la vez por estas diversas vias, y al mismo tiempo que se recurre á su administracion, dar lavativas con 1, 2 ó 3 gramos (18, 36 ó 54 granos) de sulfato de quinina, aplicar esta sal sobre una superficie denudada de epidermis por medio de un estenso vejigatorio ó incorporarla á una pomada que servirá para dar fricciones. Lo esencial es obrar pronto y hacer absorver una cantidad bastante grande de sulfato de quinina para oponerse rápidamente á los síntomas graves de la calentura.

Ahora solo resta añadir que los estados comatoso, delirante, inflamatorio y diarréico deben ser tratados por los medios apropiados y bien conocidos de los médicos (opio, sanguijuelas, vejigatorios); mas repito, aun que no se ve en ellos mas que auxiliares, que deben tomarse despues del sulfato de quinina.

Podria repetir ahora todo cuanto he dicho acerca de la *quina;* pero solo no deberé olvidarme de decir que se deben forzar las dosis.

ARTICULO XI.

CALENTURA REMITENTE.

La calentura remitente, á la que los ingleses y los americanos llaman *bilious remittent fever* y á la que algunos autores han dado el nombre de *fiebre congestiva*, es una afeccion de la naturaleza de la calentura intermitente, solo que el movimiento febril es contínuo, pero con exacerbaciones marcadas y periódicas, y los síntomas concomitantes persisten con mayor ó menor intensidad.

Por esto se ve que seria inútil dar una descripcion detallada de esta calentura ya indicada por Hipócrates, como lo ha

demostrado Littre (1) y mejor descrita en estos últimos años que lo habia sido aun por Stewardson (2) y Bartlett (3). Asi bastará una descripcion de sus fenómenos principales.

La calentura remitente no se presenta sino en los paises *cálidos* y *pantanosos*, se la observa en Grecia, en América, en las Indias orientales y en algunos de nuestros puntos meridionales, etc.

Segun Bartlett, que ha estudiado con cuidado los fenómenos que la distinguen de todas las demás calenturas (4), esta fiebre está caracterizada por una *invasion mas repentina* que la de las demás calenturas contínuas propiamente dichas, por un *escalofrío* inicial que se renueva despues periódicamente en un gran número de casos, pero no en todos, por una *exacerbacion* marcada del *calor* en intervalos regulares, por el *color amarillento de la piel* en muchos casos, por una *cefalalgia* que se aumenta durante los paroxismos, por la poca intensidad de los *síntomas cerebrales*, por la poca frecuencia y por la menor aceleracion del *pulso*, por las *náuseas* y los *vómitos biliosos* notables.

Por esta descripcion se ve que lo que mas hay que notar en esta enfermedad es la vuelta de las exacerbaciones febriles; asi los médicos que ejercen en los paises cálidos y pantanosos atienden con razon mas á estos paroxismos, cualquiera que sea la fisonomía de la calentura.

La calentura remitente puede ser muy pronto funesta, como las calenturas perniciosas, mas por lo comun se prolonga por mas tiempo, y no es raro ver que dure veinte, treinta y aun cuarenta dias.

A veces se ve que la calentura que al principio es remitente se trasforma en fiebre francamente intermitente, y tambien se la ve tomar despues de cierto número de paroxismos el tipo contínuo.

Las *lesiones anatómicas* no se diferencian sensiblemente de las de la calentura intermitente sea perniciosa ó no. Mas sin embargo Stewardson, habiendo hallado en todos los casos un

(1) *Œuvres complètes d' Hippocrate.*
(2) *The Amer. Journ.*, 1841 y 1842.
(3) *The hist. diagn., and treat.*, etc.; Filadelfia, 1842.
(4) *Lug. cit.*, p. 335 y siguientes.

color bronceado aceitunado del hígado, y un aumento de volúmen de este órgano, unido á cierto reblandecimiento en la mayor parte de los casos, ha creido que este era el carácter anatómico esencial de la calentura remitente; pero este hecho parece muy dudoso, y el mismo Stewardson ha notado que es muy poco considerable el número de los casos que ha observado.

El *tratamiento* de la calentura remitente es el mismo que el de las intermitentes comunes ó perniciosas, segun la gravedad de los casos. Sin embargo, es necesario recordar que todos los autores que han estudiado particularmente esta enfermedad han señalado los peligros de las emisionas sanguíneas generales ó locales.

ARTICULO XII.

CALENTURA SEUDOCONTÍNUA.

La *calentura seudocontínua* no es otra cosa que una calentura intermitente que no deja intervalo alguno de apirexia, y que segun los autores que han tenido ocasion de observarla es de tal naturaleza que necesariamente harian que se la tomase por una calentura contínua al que no estuviera práctico; tal es en particular la asercion de Maillot. Sin embargo, si se estudian las observaciones que nos han dado los autores, se ve que no hay ó que no presentan á intervalos mas ó menos próximos las exacerbaciones que todo observador atento debe notar sobre todo si practica en un pais pantanoso. Es necesario tener siempre muy presente este precepto, que *cualquiera que sea la enfermedad aguda que haya que tratar, cuando el caso es grave, nunca se debe perder de vista la posibilidad de la intermitencia*. Con esta prevencion no se cometerán los funestos errores del diagnóstico de que se han citado muchos ejemplos.

Todo lo que importa decir de la calentura seudocontínua es que esta forma se presenta casi constantemente con el carácter pernicioso, que solo se presenta en el principio con el tipo contínuo, al paso que en ciertos casos hubo antes una intermi-

tencia mas ó menos marcada; que son mas frecuentes los accidentes que toman origen en los centros nerviosos, y que el tratamiento debe ser el de las calenturas intermitentes graves, pues cualquier otro detalle seria inútil.

ARTICULO XIII.

CALENTURAS LARVADAS.

No me estenderé mucho mas sobre las *calenturas larvadas*. Se ha dado este nombre á todas las afecciones que se han caracterizado por accesos periódicos, que ceden al sulfato de quinina, cualesquiera que sean sus síntomas. Asi es como las *neuralgias*, las *convulsiones*, la *cefalea*, el *hipo* y otras muchas afecciones presentan ejemplos en los cuales es evidente la periodicidad.

En estas enfermedades tambien toca al médico seguir atentamente el curso de la enfermedad, y prestar una séria atencion á la intermitencia, siendo esto tanto mas necesario cuanto que algunas veces las calenturas larvadas pueden ser perniciosas. Por mi parte he visto sucumbir á una niña de seis años al quinto acceso de convulsiones no febriles, cuya intermitencia periódica habia sido desconocida. Yo fui llamado en el mismo momento que espiraba la niña.

El *tratamiento* es siempre el mismo. El sulfato de quinina, hé aqui el remedio al que se debe recurrir desde luego, cuando existe realmente el carácter periódico. Puede suceder que á pesar de la repeticion periódica de los accesos no surta efecto alguno el sulfato de quinina, que es lo que he hecho notar al tratar de las *neuralgias* (1); pero en semejante caso el sulfato de quinina no tiene peligro alguno, y se puede en seguida recurrir con mas seguridad á los remedios comunes.

(1) *Traité des névralgies.*

ARTICULO XIV.

GRIPE.

Aun no se está bien de acuerdo acerca de lo que se debe entender por la palabra gripe. Unos la consideran como un simple sinónimo de bronquitis, otros se han servido de ella para designar una afeccion general con accidentes locales en las vias respiratorias; otros en fin, llaman gripe á toda afeccion catarral epidémica, con predominio de los síntomas generales, cualquiera que sea su asiento en las vias respiratorias ó en las digestivas.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

En mi concepto la *gripe* es una afeccion general, febril, esencialmente epidémica, caracterizada localmente por una inflamacion de las mucosas de las vias respiratorias. Hay exageracion en querer referir, durante una epidemia, á solo la gripe, todas las afecciones febriles que se declaran, y es preciso convenir en que los síntomas abdominales que se manifiestan en ciertos casos son secundarios.

Resulta de las investigaciones históricas de Raige Delorme (1), que las primeras descripciones de esta enfermedad no datan mas que desde el fin del siglo XVI. Desde esta época se han visto aparecer muchas epidemias de gripe notables por la estension de los paises en que han reinado, y en las que hemos podido observar desde 1830, hemos visto presentarse á la vez la enfermedad en Londres y en París, en las provincias, en España é Italia. Este es uno de los caracteres mas notables de esta afeccion.

(1) *Dict. de méd.*, art *Grippe*.

§. II.

CAUSAS.

No conocemos las verdaderas *causas* de esta afeccion epidémica; sin embargo, se observa que generalmente se desarrolla en los meses frios y húmedos del año.

§. III.

SÍNTOMAS.

Los autores han descrito una gripe *cefálica*, *pectoral* y *abdominal*, y aun algunos han admitido una gripe *reumática, convulsiva*, *sincopal*, etc.; esto es caer en todos los inconvenientes de las formas de calenturas que he manifestado mas arriba. El predominio de algunos síntomas ha hecho perder de vista el conjunto de la afeccion.

De todas las epidemias que nos ha sido posible observar, no hay ninguna que haya presentado síntomas mas característicos y mas intensos que la de 1837. Yo la he descrito con presencia de un considerable número de hechos observados con cuidado (1), y se ha dado lugar á interesantes publicaciones de los señores Landouzy, Nonat y otros muchos autores.

La gripe *empieza* por malestar, sensibilidad al frio, abatimiento marcado, cefalalgia y anorexia.

Cuando la enfermedad está confirmada, se observan los fenómenos siguientes: la *cefalalgia* es generalmente violenta, algunas veces escesiva, casi siempre general, pero mas marcada en la region frontal; los enfermos estan absortos, gran número de ellos esperimentan vértigos y algunas veces zumbidos de oidos.

La *cara* presenta ansiedad, está roja y animada; los ojos estan brillantes y lagrimosos.

Al mismo tiempo hay *quebrantamiento de miembros* semejante al del pasmo; las fuerzas estan abatidas, y la postracion es á veces estremada.

(1) *Presse médicale*, 1837.

El cosquilleo, el calor de las narices, la comezon y los *estornudos frecuentes* anuncian la aparicion de la *coriza* que es en cierto número de casos de grande violencia. Al cabo de poco tiempo se verifica por las narices una escrecion de moco líquido, que es algunas veces tan abundante, que se han ensuciado gran número de pañuelos. Las *epistaxis* son frecuentes. Poco despues de la coriza, ó al mismo tiempo que ella, se declara una *inflamacion de garganta* ordinariamente de mediana intensidad; despues sobreviene cosquilleo detras del esternon, una *tos* mas ó menos frecuente, y se manifiestan todos los síntomas de una bronquitis intensa. Sin embargo, la auscultacion no da á reconocer la presencia de un poco de *estertor subcrepitante* sino en algunos casos poco numerosos, y esta es una de las particularidades menos notables de la afeccion.

Los *ojos* se ponen mas rubicundos, mas lagrimosos, algunas veces hinchados, y se soporta la luz con mucha dificultad.

La *lengua* está blanca y pastosa; la *sed* mediana, y el *apetito* perdido. En el *abdomen* no se observa ordinariamente sino un poco de estreñimiento; pero en ciertos casos hay *diarrea* con algunos dolores de vientre, y precisamente los casos poco frecuentes en que estos últimos síntomas se manifiestan con una intensidad no acostumbrada, son los que han hecho admitir una gripe abdominal, como la exageracion de los dolores de los miembros ha hecho admitir una gripe reumática. En algunos enfermos se observan *vómitos*.

Mientras que estos síntomas existen, el *calor* está aumentado y con bastante frecuencia es halituoso. El *pulso* está acelerado y conserva su regularidad. Algunos sugetos esperimentan *lipotimias y entonces constituyen la gripe sincopal de algunos autores*.

Durante las exacerbaciones y hácia la tarde es cuando se manifiestan principalmente con mayor violencia todos los fenómenos febriles. Entonces es cuando la cefalalgia se hace mas aguda y aumentan de violencia los esfuerzos de la tos. En cierto número de casos, el *sueño* es muy agitado y aun hay un ligero delirio.

Todos estos síntomas se calman ordinariamente con grande prontitud. La cefalalgia desaparece, la coriza se calma, la tos se hace mas fácil y no quedan mas que los síntomas de una

bronquitis comun con mayor ó menor debilidad. En algunos casos, sin embargo, la *convalecencia* es larga, el apetito se restablece lentamente, y los enfermos estan abatidos durante cierto número de dias, lo que no está en relacion con la corta duracion de la enfermedad.

En el curso de las epidemias de gripe ó mas bien hácia su fin, es comun ver sobrevenir enfermedades mas graves que aumentan mucho la mortalidad comun, y son principalmente las *pulmonías*. Pero ¿qué relacion tienen estas afecciones con la misma gripe? Aun no se halla suficientemente determinada. En 1837 la mayor parte de los observadores atribuyeron á la gripe las numerosas pulmonías que sobrevinieron, porque hallaron que tomaban caracteres particulares de la epidemia reinante; pero este hecho no se halla suficientemente demostrado. Nonat encontró en los bronquios de muchas personas muertas de pulmonía *producciones seudomembranosas*; pero en la mayor parte de los casos, las pulmonías tuvieron sus caracteres ordinarios, y si fueron mas frecuentes en un tiempo dado, es quizás porque hasta entonces se habia pasado el invierno sin haberse manifestado el número ordinario de estas afecciones.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la gripe es ordinariamente tan rápido que muchos enfermos se encuentran casi completamente curados en treinta y ocho ó cuarenta y ocho horas; pero la *duracion* de la enfermedad puede ser de cuatro á ocho ó diez dias. Nada mas diré acerca de lo que ya he dicho de la convalecencia.

La *terminacion* comun de la enfermedad es la curacion; pero al parecer predispone á los sugetos, y sobre todo á los ancianos á otras afecciones mas graves que causan la muerte, y producen este aumento de mortalidad de que he hablado anteriormente.

§. V.

DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y LESIONES.

Los pormenores en que he entrado bastan para establecer el *diagnóstico* y el *pronóstico;* asi, pues, no me detendré en estos puntos. No insistiré mas en las *lesiones anatómicas* y solo deberé mencionar las que resultan de lo que se ha llamado complicaciones.

§. VI.

TRATAMIENTO.

El *tratamiento* cuando la afeccion es sencilla es sumamente simple. La quietud, las bebidas atemperantes, algunos calmantes, las fumigaciones emolientes hácia las vias respiratorias, el mantener el vientre libre en los casos de estreñimiento, las lavativas laudanizadas en el caso contrario, y los baños de pies sinapizados, tales son los medios que procuran un pronto alivio.

En los casos cuya análisis he dado, la pulmonía sobrevenida á consecuencia de la gripe no ha exigido otros medios que los que convienen á una pulmonía comun. Sin embargo, encontrando algunos médicos el pulso mas débil, la reaccion poco viva y la debilidad considerable, han aconsejado los *tónicos*. Nada prueba que esta medicacion deba aconsejarse de una manera general.

El doctor Peebles (1) recomienda el tratamiento siguiente:

℞ Hojas secas de eupatoria (eupatorium perfoliatum).......... 30 gram. (℥j)
Agua hirviendo................. 500 gram. (℔j)

Infúndase. Se administra una taza de esta infusion cada media hora.

Despues de la cuarta ó quinta taza hay náuseas, algunas veces vómitos, y despues una traspiracion y una espectoracion abundantes. Entonces se contenta con administrar la infusion á tazas con tres á cuatro horas de intervalo.

(1) *The american Journ.*, y *Revue méd.-chir. de Paris*, enero de 1848.

LIBRO UNDÉCIMO.

ENFERMEDADES COMUNICADAS AL HOMBRE POR LOS ANIMALES.

He reunido en este libro las afecciones que los animales trasmiten al hombre por infeccion, por contagio, por mordedura ó por picadura. Mi intencion no es describir todas las pequeñas lesiones que pueden producir los animales por su contacto ó por sus heridas venenosas, pues no quiero ocuparme sino de las afecciones principales. Voy á empezar por el muermo y los lamparones, afecciones cuya existencia en el hombre no se ha reconocido definitivamente en Francia hasta hace un corto número de años.

CAPITULO I.

MUERMO. LAMPARONES.

El *muermo* y los *lamparones* son dos afecciones de la misma naturaleza, y ambas á dos especiales, que no se han conocido bien sino en estos últimos años y que importa describir por separado.

Segun Ricord (1) y Obeau (2), la epidemia que en el siglo XV reinó en el sitio de Nápoles, fué una mezcla de los antiguos males venéreos con el muermo. Este autor se ha fundado en un pasage de Lafosse sobre el muermo de los caballos; pero á Waldinger es á quien se atribuye la primera observacion de la trasmision del muermo del caballo al hombre (1810). En 1812, Lorin (3) publicó un hecho que probó la exactitud de esta asercion, y desde entonces hasta 1833 se refirieron cierto número de observaciones tanto en Alemania como en Italia é Inglaterra que no dejan la menor duda tocante á este punto. En 1833 se publicó la memoria del doctor Elliotson (4) que dió á conocer cuatro casos de muermo agudo; despues se publicaron otras observaciones, y por último, en 1837 Rayer (5) trazó una descripcion detallada de esta afeccion. Desde entonces no se pasó ningun año sin que se hayan presentado en los hospitales hechos semejantes, y hemos visto publicarse sobre este asunto gran número de trabajos entre los cuales citaré los de Vigla (6), Ambrosio Tardieu (7), Moneret, Landouzy y otros que mencionaré en el discurso de este artículo.

ARTICULO I.

MUERMO AGUDO.

El *muermo agudo* es el que se presenta en el hombre con mas frecuencia á la observacion, y cuyos síntomas son mas violentos. En la actualidad no podemos dar una descripcion completa de él.

(1) *Lettres sur la syphilis* (*Union médicale*, 6 de junio de 1850).

(2) *Documents historiques sur l' opinion de Ricord qui rattache l' épidémie du XV siècle à la morve* (*Union médicale*, 15 de junio de 1850).

(3) *Journ. de méd., chir. et pharm.*

(4) *On the glanders in the human subject.* (*Med. chir. Transactions*; Londres, 1830, t. XVI, p. 171).

(5) *De la morve et du farcin chez l' homme*; Paris, 1837.

(6) Tésis, Paris, 1839.

(7) *De la morve et du farcin chronique chez l'chomme*; Paris, 1843.

§. I.

DEFINICION Y SINONIMIA.

Se da el nombre de *muermo agudo* á una afeccion febril, virulenta que jamás se declara espontáneamente en el hombre, pero que se trasmite del caballo al hombre y de este á su semejante por inoculacion, y segun algunos autores por infeccion.

Esta afeccion está caracterizada por una secrecion particular de las narices, á la que se ha dado el nombre de *destilacion narítica* y por alteraciones especiales de la piel y del tejido celular.

Esta enfermedad ha sido descrita bajo los nombres de *Lamparones, enfermedad glandulosa*, tomados de la patologia de los animales. Cazenave y Schedel (1) le han conservado el nombre de *Equinia*, que la habia dado Elliotson y que recuerda su origen.

§. II.

CAUSAS.

Si desde luego se ha podido admitir que el muermo se desarrolla espontáneamente en el hombre, es porque no se tenian todavía bastante número de hechos bien observados; pero en la actualidad me parece demostrado que esta enfermedad no puede trasmitirse sino por *contagio*. El contagio se produce, ya por *infeccion*, ya por *inoculacion*. De todas las *causas predisponentes* que se han citado, no hay ninguna que merezca indicarse aqui. La infeccion se verifica casi siempre del caballo al hombre; los palafreneros, los carreteros, los que duermen en las cuadras y estan largo tiempo en contacto con los caballos, se hallan mas espuestos á contraerle; pero algunas veces se le ha visto presentarse en sugetos que habian permanecido muy poco tiempo cerca de los caballos enfermos.

Se han citado algunos casos de *infeccion trasmitida de hombre á hombre* en sugetos que habian asistido á los enfermos; el que ha referido A. Berard (2) era el mas notable. Sin embar-

(1) *Traité des maladies de la peau.*

(2) *Bull. de l' Acad. de méd.*, noviembre de 1841, t. VII, p. 182.

go, el alumno que habia contraido el muermo habia hecho las curas al enfermo y ayudado activamente á la autopsia; de suerte que aun en este caso se puede preguntar sino hubo inoculacion.

El contagio por inoculacion es el mas frecuente; basta una simple *desolladura* en sugetos que cuidan los caballos para que se introduzca el virus en la economía. El doctor Carnevale Arella (1), ha referido un caso de muermo bien caracterizado observado en un hombre que habia recibido en la cara una cantidad del líquido arrojado por las narices de un caballo. Se han citado casos en los que la *accion de beber en el mismo cubo que los caballos enfermos*, ha producido el muermo; en un caso fue un mordisco en la megilla; por último, de algunos hechos referidos por Hamon (2), y en los que se ve declararse el muermo en animales carnívoros que se alimentaban de caballos enfermos, se ha deducido que la carne de caballo con muermo podria producir esta enfermedad en el hombre.

Duclos (3) ha citado un caso muy interesante de muermo agudo en una muger que jamás habia estado en contacto con caballos pero que se habia *ocupado en desenredar las crines que se tuercen en los mataderos de caballos.* Sin duda á esta circunstancia es á la que se debe el desarrollo de la enfermedad.

§. III.

SÍNTOMAS.

Como en todas las enfermedades desarrolladas por contagio, hay en el muermo agudo un período de *incubacion.* Este período tiene una duracion que no está bien conocida. Segun algunos autores, cuando la enfermedad se trasmite por infeccion, puede prolongarse durante una ó dos semanas y mas; en los casos en que se desarrolla á consecuencia de la inoculacion, varía de veinticuatro ó treinta y seis horas á tres ó cuatro dias.

Invasion. La invasion es diferente segun que la enfermedad se ha desarrollado por infeccion ó por inoculacion. *En el pri-*

(1) *Giornale delle scienze mediche di Torino*; t. XXIX.
(2) *Bull. de l' Acad. de méd.*; noviembre de 1841, t. VII, p. 182.
(3) *Journal de médecine*, julio de 1846.

mer caso hay malestar, un quebrantamiento de miembros mas ó menos marcado, un escalofrío intenso y prolongado, ó bien escalofríos vagos, una gran postracion, y á veces náuseas y vómitos, diarrea y una cefalalgia ordinariamente violenta.

Cuando la enfermedad es el resultado de la inoculacion, se ven casi siempre sobrevenir durante algunos dias los síntomas locales siguientes: rubicundez, tension, dolor, aspecto erisipelatoso del punto en que se ha aplicado el virus y de los puntos inmediatos; si existiese una herida, los bordes estan pálidos y fungosos, el pus es sanioso, y se encuentran los signos de una flebitis ó de una linfangitis, con infarto de los ganglios, con supuracion del tejido celular, etc. Algunas veces los síntomas generales anteriormente descritos se manifiestan casi al mismo tiempo que los síntomas locales.

En un caso citado por Marchand (1), la enfermedad empezó como una calentura intermitente terciana.

Por último, la mayor parte de los casos de muermo crónico se terminan por un muermo agudo, y entonces este empieza como en los casos de trasmision por infeccion.

Síntomas de la enfermedad confirmada. Los *dolores* articures del principio no tardan en adquirir una intensidad considerable, se parecen á los del reumatismo articular agudo, y se sienten principalmente en los hombros, en los codos y en las rodillas. El dolor ocupa un número de articulaciones muy variable. No teniendo algunas veces mas que el simple carácter de un entorpecimiento, es muy vivo y dislacerante en ciertos sugetos; solo en algunos casos, el dolor se acompaña de hinchazon, de rubicundez y de calor como en el reumatismo articular agudo. Mas rara vez se encuentran en la continuidad de los miembros ó en el tronco, dolores que se parecen á los del reumatismo muscular.

Uno de los síntomas mas notables es la aparicion de la *erisipela de la cara*, ó mas bien de una inflamacion de las partes blandas de la cara y que ocupa principalmente la nariz, los ojos y las partes inmediatas, y que consiste en una rubicundez amarillenta ó lívida, una hinchazon de los tejidos, y una hinchazon edematosa marcada. Los párpados invadidos estan

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1839.

hinchados y la mucosa palpebral segrega un líquido amarillo, espeso y acre. No es raro ver que esta erisipela se propaga al cuero cabelludo.

Una inflamacion semejante puede manifestarse al nivel de las articulaciones, en la continuidad de los miembros ó en una parte del tronco; este es el preludio de la formacion de un *absceso* en el tejido celular subcutáneo; y estos abscesos se manifiestan principalmente en la cara, al nivel de las articulaciones, hácia el cráneo, en la axila, etc.

Algunas veces estos abscesos son sumamente numerosos y ocupan no solo el tejido celular sino tambien el espesor de los músculos, y aun se presentan en las regiones mas diversas del cuerpo principalmente en las pantorrillas; el pus que contienen es de mala naturàleza, seroso y fétido, y contiene á veces porciones gangrenosas.

Algunas veces aparecen en diversas partes del cuerpo *pústulas de diferentes formas*. Empiezan por pequeñas manchas rojas, seguidas de una pápula blaquecina y poco despues de la formacion del pus. Estas pústulas estan rodeadas de una aureola de color de rosa, y á veces estan situadas en una tumefaccion roja del dermis, semejante á una placa de urticaria; unas son puntiagudas, y las otras aplastadas; algunas veces una gruesa pústula está rodeada de un número mas ó menos considerable de otras mas pequeñas. El pus que contiene es amarillento, y á veces cierta cantidad de sangre que se mezcla con él da á la pústula un aspecto amoratado.

Estas pústulas ocupan principalmente la cara; pero algunas veces se las ve gran número en el tronco y miembros, y la enfermedad pudiera entonces simular ciertas viruelas; algunas veces son casi confluentes.

En ciertos puntos no son simples pústulas sino mas bien *flictenas* ó *ampollas*, de una estension variable, llenas de un líquido sanguinolento y negruzco; en algunos casos, se han visto aparecer ciertas especies de tubérculos rojizos semejantes á los llamados *lunares* y que se dislaceran muy pronto.

Al mismo tiempo se presentan escaras *gangrenosus* en los puntos ocupados por la inflamacion erisipelatosa, ó sobre otras partes de la piel, ó tambien en mucosas ó en superficies denudadas por vejigatorios, que son tambien síntomas comunes

de la enfermedad. Algunas veces invade la gangrena una gran estension de los tejidos.

No tardan en agregarse á los síntomas locales *úlceras* que ocupan ya la base de las pústulas, y lo que es mas frecuente las superficies mucosas, y principalmente las fosas nasales, el velo del paladar y la faringe.

Una sensacion de plenitud, algunas veces de calor y de un ligero dolor, anuncian la *coriza* especial que se encuentra en esta enfermedad; bien pronto se aumenta la sensacion de obstruccion, y se ve fluir por las dos ventanas de la nariz, algunas veces por una sola, un líquido, primero blanquecino y viscoso mezclado con algunas estrías de sangre, despues purulento y amarillento, y á esto es lo que se llama *destilacion narítica*. Al mismo tiempo se dificulta el paso del aire por las fosas nasales. Algunas veces las úlceras y las escaras que producen este flujo destruyen profundamente los tejidos, y se ha visto completamente perforado el tabique de la nariz.

En la *boca* se encuentran úlceras y gangrenas semejantes con hinchazon de los tejidos, y un flujo análogo al de las fosas nasales. En la faringe se observan síntomas de la misma especie, y se advierte la tumefaccion de los gánglios submaxilares. La *lengua*, cuando la enfermedad es intensa, está algunas veces retraida, dura, como en las calenturas graves y presenta algunas pústulas; al principio por el contrario permanece blanda y no ofrece sino una ligera capa.

El *apetito* está completamente perdido, la *sed* es muy viva y los *vómitos* son muy raros. El *vientre* que al principio es normal se pone en algunos casos meteorizado, y mas ó menos doloroso á la presion. Ordinariamente existe al principio *estreñimiento;* pero hácia el fin de la enfermedad se ve ordinariamente sobrevenir *evacuaciones diarréicas fétidas*, á veces involuntarias.

A consecuencia de las lesiones que ocupan la faringe y que pueden estenderse á la *epiglotis* y á la *laringe*, la voz está con frecuencia alterada, apagada, y algunas veces es el aliento muy fétido. Hay una *tos* seca, con *espectoracion* mucosa, sin carácter particular, y á veces los enfermos arrojan esputos rubiginosos y sucios. Algunas veces se percibe por la auscultacion un poco de estertor *sibilante* y *mucoso*, y hácia el fin

de la enfermedad la *respiracion* se hace acelerada y laboriosa.

El *pulso* es siempre frecuente, y lo es cada vez mas á medida que la enfermedad hace progresos; su frecuencia varía de ciento veinte á ciento cincuenta pulsaciones, generalmente débiles y depresibles; se hace irregular é intermitente al acercarse la muerte.

He dicho anteriormente que cierto número de enfermos presentaban *epistaxis* al principio; estas *hemorragias* pueden reproducirse mas tarde y se ven otras representarse en el intestino ó en los músculos.

A medida que la enfermedad progresa la *postracion* hace progresos sensibles, los enfermos estan atemorizados, su sueño es agitado, tienen ensueños, y por último un *delirio* continuo ó que alterna con el *coma*.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* del muermo agudo parece bastante lento durante tres ó cuatro dias, y algunas veces mas; al principio no son mas que escalofríos, quebrantamiento de miembros, de los lomos y dolores; pero al cabo de este tiempo sobrevienen los síntomas de una calentura violenta, y poco despues los signos locales característicos de la afeccion. Se han distinguido tres períodos distintos; el primero ha recibido el nombre de *período reumático*, el segundo el de *período tifoideo*, y el tercero pudiera designarse con el de *período de enfermedad confirmada*. Se han citado algunos casos en los que el primer período habria durado un mes, seis semanas y mas todavía; pero es probable que en semejante caso la enfermedad habia empezado por lamparones crónicos trasformados en muermo agudo.

La *duracion* de la enfermedad, en cierto número de casos de muermo agudo primitivo reunidos por los autores del *Compendio de Medicina*, ha sido de tres á veinte y nueve dias. La terminacion de todos los casos que conocemos, escepto el referido por el doctor Carnevale Arella (1), ha sido fatal.

(1) *Lug. cit.*

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Indicaré rápidamente las *lesiones anatómicas*, de las cuales se han descrito las principales que se pueden observar en el hombre vivo. Tales son las pústulas, las ampollas, los tubérculos, las úlceras indicadas anteriormente, el engrosamiento y la supuracion del dermis; los abscesos del tejido celular y de los músculos, abscesos con frecuencia numerosos que pueden ocupar casi todas las parte del cuerpo, y que ordinariamente contienen un pus de mala naturaleza; vestigios de inflamacion de las articulaciones, la denudacion, el reblandecimiento y la caries de los huesos; la inyeccion de la mucosa pituitaria, su engrosamiento, su reblandecimiento y equímosis en su espesor, escaras gangrenosas, pústulas, úlceras y la destruccion de los tejidos; los vestigios de las lesiones observadas en la boca y alteraciones semejantes en la epiglotis y en la laringe, equímosis en la superficie de los pulmones, manchas apopletiformes, tumores formados por una sustancia amarilla lardácea, abscesos parenquimatosos, el tejido que rodea los pulmones sanos, un estado de congestion ó reblandecido, algunas veces úlceras en el intestino grueso (Landouzy), y frecuentemente la congestion, el reblandecimiento y el aumento del volúmen del bazo. Burgieres y Vigla han encontrado muchas veces una inflamacion manifiesta de algunas venas. La sangre está tan pronto coagulada como líquida; en un caso, Nonat y Bouley han creido encontrar en ellas glóbulos purulentos; los ganglios linfáticos, afectados durante la vida, estan hinchados, blandos y rojizos; algunas veces presentan puntos purulentos. Las demás lesiones indicadas por los autores nada tienen de constante.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

En la actualidad que poseemos gran número de casos de muermo agudo bien observados, el *diagnóstico* de esta afeccion

no presenta grandes dificultades: las pústulas, las ampollas, la coriza particular, la erisipela y los dolores articulares bastan para distinguir esta enfermedad de la *calentura tifoidea*.

Una *erisipela de la cara* que no ocupase al principio mas que un solo lado con flujo nasal mas ó menos abundante, pudiera hacer equivocar por un caso de muermo agudo; sobre todo si como en un caso que he visto recientemente habia al mismo tiempo una angina violenta y síntomas febriles intensos; pero la falta de las pústulas, de las ampollas y de los tubérculos en otras partes del cuerpo que las que ocupa la erisipela, y tambien la falta de dolores articulares y de las escaras gangrenosas, harán evitar el error.

Los mismos signos han servido á Vigla para distinguir de la enfermedad que nos ocupa una *flebitis de la cara* con inflamacion de la órbita y de las fosas nasales. La falta de erupciones cutáneas y de lesiones de las fosas nasales, no permite confundir el muermo agudo con la *reabsorcion purulenta*. En cuanto á las demás enfermedades mencionadas por algunos autores, no es necesario mencionarlas aqui porque es imposible el error.

No tengo necesidad de decir cuán grave es el *pronóstico*, puesto que hasta el presente la enfermedad se ha terminado siempre por la muerte.

§. VII.

TRATAMIENTO.

No puedo insistir en un *tratamiento* que no solo no ha curado á los enfermos, sino que ni aun les ha procurado ningun alivio; únicamente diré que se han usado alternativamente los vomitivos, los purgantes, los sudoríficos, los tónicos de todas especies, los narcóticos, los antiespasmódicos, y que se ha aconsejado el mercurio á altas dosis, igualmente que el sulfato de quinina á dosis creciente.

En el caso referido por Carnevale Arella, el tratamiento consistió en *cinco sangrías en tres dias*, en *cataplasmas emolientes* al rededor del cuello, en *emolientes aceitosos* interiormente y en algunos *narcóticos*.

Pero no insisto mas, porque es evidente que á los médicos toca observar si un medio cualquiera en semejantes casos

puede contener la enfermedad. Solo cuando se haya conseguido este objeto convendrá indicar el tratamiento mas útil para los síntomas locales, y en particular para las úlceras y las escaras.

ARTICULO II.

MUERMO CRÓNICO.

Es raro que el *muermo crónico* sea una afeccion primitiva, casi siempre sucede á los lamparones y en este caso se le da el nombre de *muermo con lamparones*. No tenemos para estudiar esta afeccion sino un corto número de hechos, siendo los principales los debidos á Tardieu (1) de quien tomo la descripcion siguiente.

§. I.

DEFINICION Y FRECUENCIA.

El *muermo crónico* es una afeccion contagiosa, caracterizada principalmente por ulceraciones particulares de las fosas nasales y de las vias aéreas, dolores articulares y musculares y síntomas de caquexia. Esta enfermedad es *rara* en el hombre.

§. II.

CAUSAS.

La única *causa* del muermo crónico es la trasmision del muermo ó de los lamparones de los solípedos al hombre.

§. III.

SÍNTOMAS.

Esta afeccion va casi siempre precedida de lamparones crónicos; pero su *invasion* es diferente, segun que se presenta de esta manera ó que se manifiesta primitivamente.

(1) Véase *lug. cit.*, p. 101 y siguientes.

Cuando el muermo crónico sucede á los lamparones, se ve que al cabo de un tiempo variable sobrevienen síntomas en las fosas nasales que anuncian la aparicion de la nueva enfermedad. Cuando la enfermedad *acomete de repente*, el enfermo despues de haber sentido malestar, fatiga y debilidad, dolores muy vivos en los miembros y en las articulaciones, y algunas veces una *pleurodimia* escesivamente dolorosa, es atacado sucesivamente ó al mismo tiempo, de tos y de mal de garganta y despues de un romadizo muy incómodo.

Síntomas de la enfermedad confirmada. «En ambos casos, dice Tardieu, el mal de garganta ó la tos aparecen ordinariamente antes que la incomodidad de las fosas nasales. Se siente un *dolor en la tráquea*, y hay una especie de estrangulacion; la *voz* se altera y aun puede estinguirse. Por lo demás este síntoma desaparece al cabo de cierto tiempo. La *tos* se acompaña de disnea y de una *espectoracion* mas ó menos abundante que falta muchas veces. Estos trastornos de las vias respiratorias no estan siempre limitados asi, sino que pueden sobrevenir en el curso del muermo crónico una verdadera bronquitis capilar, y hasta una pulmonía, y dar lugar á fenómenos reaccionales bastante agudos. El enfermo se queja bien pronto de un *romadizo*, lo que es fácil conocer por sus resoplidos contínuos; las *fosas nasales* parecen como tapadas y dan dificilmente paso al aire; esta obstruccion es muchas veces el *único signo* que existe; es raro que á él se agregue dolor, sin embargo, algunos enfermos indican un dolor sordo y profundo en la raiz de la nariz, entre los dos ojos, y que se estiende hasta los senos. Los enfermos al sonarse arrojan de cuando en cuando sangre que sale en coágulos; algunas veces hay costras que se desprenden dificilmente, ó bien simplemente un moco puriforme agrisado cuya cantidad puede llegar á constituir, en casos muy raros, una verdadera *destilacion narítica*. Examinando entonces las fosas nasales se notan algunas *ulceraciones* cuyo desarrollo se puede seguir, ó introduciendo un estilete se perciben desigualdades y aun una *perforacion del tabique*. El mismo exámen puede hacer reconocer en la cavidad bucal la existencia, ya en la bóveda palatina, ya en el fondo de la faringe, de úlceras que solo se pueden sospechar en la faringe y en la tráquea. La auscultacion y la percusion no dan siempre signos bien positivos aun cuando haya tos; pero en el

caso de bronquitis y de pulmonía, los que estos medios de esploracion suministran tienen todo su valor ordinario. Es sumamente raro que se observe el infarto de los gánglios submaxilares; la piel no presenta ninguna erupcion, pero se han visto algunas veces sobrevenir *edemas*, principalmente en los pies y en la parte inferior de las piernas. A este conjunto de accidentes especiales viene á agregarse el conjunto de síntomas generales que se encuentran igualmente en los lamparones. Tales son los ***dolores articulares y musculares***, la ***diarrea***, las ***náuseas***, la ***calentura*** con sus escalofríos y sus accesiones irregulares, los ***sudores*** que alternan con la ***sequedad de la piel***, el tinte amarillo y térreo, el enflaquecimiento, la debilidad, el insomnio y todos los demás signos de una profunda ***caquexia***.

En cierto número de casos, que segun Tardieu (p. 103) pueden ser bastante considerables, pueden no presentarse durante toda la enfermedad mas que los síntomas de los lamparones, y sin embargo, se encuentran en la autopsia lesiones de las fosas nasales que prueban que ha venido á agregarse el muermo.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* del muermo crónico es lento y contínuo; la ***duracion*** es de muchos meses, y aun cuando la enfermedad no se acompañe de lamparones, puede prolongarse muchos años (cinco ó seis). La *terminacion* es la muerte, y solo hay un caso poco concluyente debido al doctor Elliotson que pudiera hacer creer que es posible la curacion. La muerte sobreviene ordinariamente con lentitud y marasmo; solo en algunos casos se trasforma la afeccion en muermo agudo prontamente mortal (Vigla, Tardieu).

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Las *lesiones anatómicas* principales son la hinchazon, el engrosamiento considerable de la pituitaria, su color amoratado,

abscesos submucosos, úlceras profundas que algunas veces destruyen los cartílagos y los huesos y que perforaban el tabique, úlceras semejantes en la bóveda palatina, en la base de la lengua, en la faringe, en la laringe, en la tráquea y aun en los bronquios. En estos últimos las úlceras ordinarimente son muy estensas. Se encuentran tambien en la tráquea cicatrices irregulares, embridadas y que ponen deforme á todo el órgano; algunas veces se ven hinchados y supurados los gánglios bronquiales. En los pulmones se pueden presentar equímosis y puntos purulentos. Por último, en el muermo con lamparones se ven en diferentes partes del cuerpo debajo de la piel, en los músculos y en los gánglios *abscesos* que existen con frecuencia con caries y necrosis de los huesos.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Apenas conocemos mas que la *sifilis constitucional* que pueda confundirse con el muermo crónico. La forma de las úlceras con bordes cortados perpendicularmente, la prontitud con que se destruyen los huesos de la nariz, la naturaleza fagedémica de las úlceras faríngeas, y la fetidez del flujo purulento en la sifilis, son los principales puntos en que se fundará el *diagnóstico*, si llegasen á faltar otras circunstancias tales como la existencia de la sifilides y los antecedentes.

Lo que he dicho anteriormente acerca de la terminacion basta para manifestar cuán grave es el *pronóstico.*

§. VII.

TRATAMIENTO.

El mal resultado de los medios empleados inspira poca confianza; esta es la razon porque me limitaré á decir que se ha aconsejado el iodo, el ioduro de potasio, el mercurio, las aguas sulfurosas y los tónicos: la *cauterizacion de las úlceras*, las *inyecciones iodadas* ó tónicas en los abscesos, la inyeccion de la creosota en las fosas nasales con dos gotas por dos gramos (media dracma) de agua, y principalmente las buenas condiciones higiénicas.

Apenas es nesario indicar las precauciones *profilácticas* que deben tomarse. Las principales son no tocar á los caballos que padecen muermo ó lamparones con los dedos desollados, y no dormir en las cuadras.

ARTICULO III.

LAMPARONES AGUDOS.

No debo estenderme en la descripcion de esta enfermedad pues en la actualidad está probado que esta afeccion, debida á la misma causa que el muermo agudo, no se diferencia de él sino por la *falta de lesiones en las fosas nasales.* Solo en un caso Tardieu ha visto un ligero flujo por las ventanas de la nariz.

Se han citado (Hervick, Lorin) algunos casos de *terminacion feliz* de los lamparones agudos; pero segun autores que se han ocupado especialmente de esta afeccion, estos hechos no presentan bastante certeza respecto al diagnóstico.

El *tratamiento* no se diferencia de el del muermo agudo, y segun todas las apariencias no produce los mejores resultados.

ARTICULO IV.

LAMPARONES CRÓNICOS.

Voy á limitarme á indicar lo que hace diferenciar los lamparones crónicos del muermo crónico que se presenta repentinamente. En la aparicion del primer acceso se observa en algunos casos una *invasion* bastante rápida y una *calentura* bastante fuerte; la aparicion de *tumores*, dolores, que presentan muy pronto fluctuacion en la mayor parte de los casos, que algunas veces se reabsorben ó desaparecen repentinamente para dirigirse hácia otros puntos; la cicatrizacion de los abscesos, seguida al cabo de mas ó menos tiempo de nuevos tumores, la *falta de lesiones de las fosas nasales*, y por último la muerte

con síntomas febriles mas ó menos marcados y un marasmo estremo.

Se han citado algunos casos de curacion de lamparones crónicos, y Tardieu ha encontrado seis en veintidos casos que cita; pero muchos no le inspiran gran confianza, y Moneret (1) ha referido un caso.

El *tratamiento* no se diferencia de el del muermo crónico, y es imposible saber si ha influido alguna cosa en los *casos de curacion*.

CAPITULO II.

ENFERMEDADES OCASIONADAS POR MORDEDURAS Ó PICADURAS VIRULENTAS O VENENOSAS.

Las afecciones de que se va á tratar en este capítulo no exigen que nos detengamos mucho en ellas porque no varían gran cosa en sus síntomas y porque siendo inútiles la mayor parte de los medios que se las pueden oponer, apenas merecen mencionarse.

ARTICULO I.

RABIA.

Es de creer que la rabia no era desconocia de los griegos, pero este hecho no es muy cierto. Desde Celio Aureliano no hay tratado de patologia en que no haya dedicado un artículo á esta enfermedad. Entre las obras mas famosas en los tiempos modernos debo citar la de Enaux y Chaussier (2).

(1) *Gazette médicale*, Paris, 1843.
(2) *Méthode de traiter les morsures des animaux et de la vipère;* Dijon, 1785.

§. I.

DEFINICION Y SINONIMIA.

La *rabia* es una afeccion general producida por la comunicacion de un virus que se desarrolla en ciertos animales y está caracterizada por síntomas nerviosos especiales.

Se ha descrito esta afeccion con los nombres de *hidrofobia*, *hidrofobia rábida*, *tétano rabioso*, *rabia canina* y *lyssa canina*.

§. II.

CAUSAS.

Una sola *causa* produce la rabia y es *la introduccion del virus rábido en la economía*. El virus rábido se desarrolla en los animales de las especies *canis* y *felis*, tales como el perro, el lobo, la zorra y el gato; pero estos animales pueden trasmitir la rabia á todos los demás. No está perfectamente demostrado que estos últimos puedan comunicarla al hombre, sin embargo, los esperimentos de G. Breschet han probado que por medio de la baba de un animal rabioso se puede trasmitir la enfermedad de los carnívoros á los herbívoros, y recíprocamente. Segun otros esperimentos, los herbívoros comunican menos fácilmente la rabia que los demás.

Todos estan de acuerdo en el dia para admitir que la rabia es debida á un *virus* conocido solo por sus efectos y que reside en la baba, pues los demás líquidos de la economía no parecen susceptibles de trasmitir la enfermedad. Si no se tienen en consideracion mas que á los hechos bien auténticos, parece perfectamente probado que para producir la rabia *debe ser inoculado el virus;* los hechos citados para probar que la enfermedad se ha comunicado por besos, contactos, etc., no son concluyentes.

El doctor Putegnat de Luneville (1), observó un caso de rabia mortal comunicada á un niño por la mordedura de un per-

(1) *Journ. de méd. de Bruxelles*, y *Journ des conn. méd.-chir.*, marzo de 1843.

ro que no estaba rabioso, sino solamente furioso. No se puede negar la esactitud de este hecho; pero ¿no era esta una de esas hidrofobias no rábidas causadas por el terror y de las cuales he citado ejemplos en otra parte (1)?

§. III.

SÍNTOMAS.

La rabia es una enfermedad siempre idéntica, pues cierta variabilidad en los principales *síntomas* no basta para autorizar las divisiones que se han propuesto.

Incubacion. No conocemos los límites estremos de la incubacion de la rabia, y lo que hay de mas cierto es que la enfermedad se desarrolla en el mayor número de casos de los treinta á los cuarenta dias; que sin embargo puede manifestarse mas pronto ó mas tarde, pero los casos en que segun ciertas relaciones habria aparecido algunas horas despues de la mordedura, ó por el contrario muchos años despues, no presentan las garantías necesarias para inspirar confianza.

Prodromos. Todos los autores han indicado entre los prodromos de la rabia ciertos fenómenos que se observan en la mordedura, tales como la comezon, los dolores mas ó menos vivos y aun algunas veces la abertura de la cicatriz ó simplemente la tumefaccion de sus bordes. Se han citado cierto número de hechos que prueban que estas aserciones no carecen de fundamento; pero seria preciso guardarse de creer que los fenómenos que se acaban de indicar se manifiestan constantemente; pues por el contrario, resulta del estudio de los hechos bien observados, que no se verifican sino en el menor número de casos.

Los prodromos que se manifiestan las mas veces son: la inquietud, la tristeza, la cefalalgia, una agitacion mas ó menos considerable, las sacudidas espasmódicas, algunas pandiculaciones, los escalofríos, á veces las náuseas, los vómitos y el estreñimiento.

Síntomas de la enfermedad confirmada. El síntoma principal de este período es el *horror á los líquidos*. Cuando se pre-

(1) Véase el artículo *Hidrofobia*.

senta un líquido al enfermo esperimenta suma ansiedad, una sensacion de constriccion en la garganta y de sufocacion; si llega á dominar esta aversion para beber algunas gotas, luego que llegan á la faringe se hace estremada la constriccion de la garganta, la sufocacion se aumenta, la cara espresa el terror, el enfermo rechaza ú arroja el vaso y muchas veces es acometido de convulsiones; lo mismo sucede cuando se ha ocultado al enfermo la vista del líquido.

En cierto número de casos el horror á los líquidos es *completo*, es decir que los enfermos no pueden beber de ningun líquido, cualquiera que sea; otras veces es *incompleto* y entonces el enfermo puede beber sea vino, caldo ó cerveza, etc.; pero es notable que el agua inspira siempre horror, á no ser que se dé de una manera particular, como esprimiéndola con una miga de pan en la boca, y solamente en algunos casos particulares.

La *vista* es penosamente afectada por los cuerpos brillantes; el ver un espejo, un vaso ó un cuerpo metálico basta para causar á los enfermos una viva ansiedad y una sensacion de terror; tampoco pueden soportarse una luz viva. Los demás sentidos no estan menos trastornados; asi, pues, un ruido repentino é inesperado ocasiona convulsiones, el contacto de los cuerpos metálicos, una simple corriente de aire ó la agitacion que produce una persona al pasar cerca de la cama, bastan para producir el mismo efecto.

Al mismo tiempo hay *gran exaltacion* en los enfermos; estan muy animados, hablan bruscamente; las ideas son incoherentes y muchos tienen *delirio* y *alucinaciones*. En algunos el delirio es furioso, y estos son los que muerden ó quieren morder; pero esto no sucede sino en el menor número de casos; al contrario de las ideas vulgares hay cierto número de sugetos que son sumamente afectuosos y que hablan sin cesar con enternecimiento; en una palabra, el delirio es muy variable. En ciertos hombres se ha visto declararse la *satiriasis*, y en ciertas mugeres la *ninfomanía*.

Hácia el segundo ó tercer dia de la enfermedad la *constriccion faríngea* se hace de cada vez mas fuerte, y entonces se ven presentarse esos fenómenos de *espuicion convulsiva* que dan á la enfermedad un aspecto tan particular. A cada instante los enfermos arrojan con esfuerzos violentos como si sintie-

sen un obstáculo en la faringe, una *saliva*, una *baba* espumosa que envian á veces muy lejos, y esto es lo que se ha llamado *baba rábida*. Solo durante el delirio es cuando los enfermos procuran escupir á las personas que los rodean.

Segun algunos autores se encuentra en la cara inferior de la lengua algunas *vesículas* á las que se ha dado el nombre de *lises*. Segun dice Magistel (1), tienen la forma y el tamaño de una lenteja, y un color blanco morenuzco. Marochetti las ha visto aparecer del tercero al noveno dia; pero los demás médicos que han hecho sus observaciones ya en el hombre ya en los animales nada semejante han visto, de suerte que la existencia de esta lesion es muy dudosa.

En estas épocas la respiracion se entorpece de cada vez mas; hay una constriccion penosa y dolorosa en el epigastrio y en el pecho, muchos enfermos tienen *hipo*, todos una *sed* muy intensa, el *apetito* completamente perdido y *estreñimiento*; las miradas son fijas y hurañas, las pupilas estan dilatadas y entonces es cuando vienen los accesos convulsivos, á que se ha dado el nombre de *accesos de rabia*.

Accesos de rabia. Con intervalos mas ó menos largos sea espontáneamente ó bajo la influencia de las causas enumeradas mas arriba (vista de un líquido, una corriente de aire, ruido repentino, etc.), recorre un *temblor* á todo el cuerpo; los músculos de los miembros, del tronco y de la cara estan agitados de *movimientos convulsivos* por *sacudidas*, algunas veces las convulsiones son semejantes á las del tétanos, y algunas otras tambien los enfermos adquieren una fuerza estraordinaria y rompen las ataduras que los sujetan. Estos accesos son cortos y van cada vez aproximándose mas hasta el fin de la enfermedad.

Por último todos los síntomas se van agravando; la *opresion* es estremada, el *pulso* es pequeño, contraido y frecuente, y el enfermo sucumbe sin agonía por una simple asfixia, y en un momento de calma casi como en los casos de *edema de la glotis*.

(1) *Mém. sur l'hydr.* (*Arch. gén. de méd.*, 1824).

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es rápido y siempre creciente, únicamente los accesos son mas ó menos fuertes en los diversos individuos.

La *duracion* de los síntomas, á los que se ha dado el nombre de *prodromos*, es de dos á tres dias; la de la enfermedad confirmada es de dos á cuatro dias.

Su *terminacion* es constantemente la muerte.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

A pesar de todas las investigaciones que se han podido hacer, no se ha encontrado ninguna *lesion anatómica* propia de esta afeccion; un poco de congestion de los centros nerviosos debida á la asfixia, el enfisema de los pulmones, la rubicundez de las mucosas, la estancacion de la sangre en los vasos, algunas veces un poco de hinchazon de las papilas, de la base de la faringe y de la laringe, tales son las únicas lesiones indicadas por los autores, lesiones que nada nos enseñan acerca de la naturaleza de la enfermedad.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

La rabia es una enfermedad que solo se puede confundir con la *hidrofobia no rábida*. Por lo tanto no volveré á hablar aqui de este *diagnóstico* que he espuesto en otro volúmen (1).

(1) Véase *Hidrofobia*.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Lo que he dicho de la terminacion constantemente funesta de la rabia confirmada me dispensa necesariamente de entrar en grandes detalles relativamente al *tratamiento* curativo; lo mismo sucede con el tratamiento preservativo que en el estado actual de la ciencia es el único que interesa.

1.° *Tratamiento curativo.* Para combatir la rabia declarada se han puesto en uso una multitud de medicamentos, entre los cuales citaré las emisiones sanguíneas abundantes, los narcóticos, los antiespasmódicos, los mercuriales, el arsénico, el nitrato de plata, el amoníaco, etc., etc. Estos medicamentos se han administrado á dosis muchas veces enormes; pero no hay un hecho que pruebe que hayan tenido una accion positiva en un caso de rabia evidente (*). Lo mismo ha sucedido con el ácido prúsico, las cantáridas, la electricidad, los eméticos, y aun la mordedura de la vibora. En estos últimos años se ha intentado la *inyeccion en las venas*, ya de agua pura á la temperatura de 30 grados centigrados, y á la dosis de 7 á 800 gra-

(*) Nosotros recordamos haber leido en el periódico francés, titulado *Journal des conn. méd.-chir.*, del mes de abril de 1846, una observacion del doctor Hooper, que parece bastante auténtica, de un caso de rabia no dudoso curado estando la rabia declarada, con láudano á enormes dosis, auxiliado de los calomelanos y fricciones mercuriales en las axilas. El enfermo habia sido mordido tres semanas antes por un perro rabioso, que habia mordido tambien á una vaca, á un perro y un cerdo que todos rabiaron.

Los accesos de rabia eran violentos y marcados con todos sus síntomas (hidrofobia, deseos de morder, agitacion, etc., etc.).

Las dosis fueron de dos dracmas de láudano y otro tanto de espíritu de alcanfor por primeras dosis, repetidas una hora despues, y luego otra de una dracma. En fin, en el espacio de seis horas habia tomado el enfermo 300 gotas de láudano sin producirse narcotismo ni dormir.

A la primera dosis del láudano y del espíritu de alcanfor se calmaron los accesos.

Se dieron las fricciones mercuriales en las axilas y los calomelanos á cortas dosis con el fin de escitar la salivacion, y se continuaron hasta que se estableció.

Un año despues de curada, el doctor Hooper volvió á ver al enfermo, que no habia tenido novedad. (Nota de los Traductores.)

mos (19 á 26 onzas) en el espacio de diez á doce minutos (Magendie), ya de agua cargada de sustancias medicinales, tales como el opio, el alcanfor y el almizcle; pero todos estos ensayos han fallado completamente.

Rochet de Hericourt ha presentado á la Academia de medicina (1) una raiz que trajo de la Abisinia, y con la cual se trata la hidrofobia en este pais. Esta raiz produce efectos emetocatárticos, mas habiéndose ensayado este medio recientemente no ha producido ningun resultado.

No citaré aqui los remedios populares empleados contra la rabia, porque no tienen un hecho concluyente en su favor, por lo tanto solo la esperimentacion puede hacer descubrir el tratamiento curativo de esta enfermedad si es que es posible.

2.° *Tratamiento preservativo.* La primera indicacion es oponerse á la penetracion del virus en la economía. Por consiguiente importa obrar lo mas pronto posible. Los dos principales medios que hay para conseguirlo son la cauterizacion y la amputacion; pero sino se tuviese á mano inmediatamente todo lo necesario para practicar la cauterizacion, se deberá entretanto *hacer salir la sangre* por la presion ó por la succion por medio de una ventosa y lavar frecuentemente la herida en toda su profundidad.

Si la mordedura ha sido hecha en una parte de poco volúmen como los dedos, y si es considerable no se debe vacilar en practicar la *amputacion.* Algunos médicos han propuesto hasta la amputacion de los miembros en los casos de mordeduras profundas; pero generalmente se está de acuerdo en dar la preferencia á la cauterizacion, porque si está bien hecha llena el mismo objeto y no hace peligrar la vida de los enfermos.

Cauterizacion. A todas las maneras de *cauterizacion* se debe preferir la que se practica con el *hierro candente*, pero es necesario hacerla bastante profunda para alcanzar á todos los puntos á donde haya podido penetrar la baba.

Los demás *cáusticos* que se usan son: el cloruro de antimonio, la potasa cáustica, el cáustico de Viena, el nitrato ácido de mercurio, los ácidos y la cal viva.

Antes de aplicar el hierro candente ó el cáustico, se hace

(1) *Bulletin de l' Académie de médecine;* Paris, 1849, t. XV, p. 242.

sangrar la herida, se la limpia, y si no se puede hacer penetrar el agente cauterizador, se practica el desbridamiento. En los casos en que la herida estuviese cicatrizada en todo ó en parte, cuando se llega á saber que el animal estaba rabioso, entonces no se debe vacilar en volverla á abrir y en cauterizarla como se acaba de decir. En ambos casos despues de la cauterizacion es bueno sostener la supuracion durante mucho tiempo.

Los médicos que han considerado á las vesículas de la lengua como los signos de la rabia, han recomendado cauterizarlas; pero sabemos que los demás observadores no han encontrado estas lesiones.

Nada puede reemplazar á los medios que acabo de indicar; esta es la razon porque no insistiré ni en la ligadura de los miembros ni en los vejigatorios, sedales y cauterios, ni en los remedios internos tales como los mercuriales, los ácidos minerales, la sabina, etc., que no tienen mas valor como medios preservativos que como medios curativos.

ARTICULO II.

MORDEDURA DE LA VÍBORA Y DE LA CULEBRA DE CASCABEL.

1.° *Mordedura de la víbora.* El genero víbora comprende cinco subgéneros que son: 1.° la *víbora* propiamente dicha, que existe en Europa; 2.° el *trigonocéfalo* que se encuentra en las Antillas; 3.° la *plasura* que habita los paises bañados por el mar de las Indias; 4.° la *naja* que se halla tambien en las Indias, y 5.° la *elaps* propio de la Guayana. Aqui hablaré de la mordedura de la víbora comun y de la trigonocéfalo, pues las demás producen efectos análogos mas ó menos violentos segun el grandor de los animales y la cantidad de su veneno.

Desde luego sentaré como un hecho general que los efectos de la mordedura de los animales de que se va á tratar son debidos á la introduccion debajo de la epidermis, por medio de unos ganchos, ó sean dientes encorvados y huecos particulares, situados

en la mandíbula superior, de un líquido que contiene un virus cuya composicion se nos oculta; que la introduccion de este veneno en el conducto digestivo no produce los mismos accidentes, asi como tampoco su aplicacion sobre la piel no privada de su epidermis; en una palabra, que es necesario que se verifique su absorcion por las venas.

2.° *Mordedura de la víbora comun.* La mordedura de la víbora comun da lugar á los síntomas siguientes: *dolores* ordinariamente vivos y muchas veces estremados en toda la estension del miembro herido, y se ven una ó dos pequeñas *picaduras* separadas algunos milímetros (algunas líneas) en el punto mordido. Bien pronto se desarrolla al rededor de estas picaduras *rubicundez é hinchazon* que invaden mayor ó menor estension del miembro, y á las que se sigue un *infarto pastoso,* reluciente, de color rojo lívido y algunas veces cubierto de flictenas. Mas adelante el dolor es mas vivo, y despues se manifiestan los *síntomas generales siguientes: dolor*, pesadez de *cabeza*, malestar, *ansiedad*, náuseas, muchas veces *vómitos biliosos*, lipotimias y *síncopes.* Al cabo de quince ó veinte horas por lo comun, el *miembro está muy voluminoso*, hay *tinta hictérica* en todo el cuerpo, *sudores frios*, viscosos, enfriamiento de las estremidades, soñolencia, *sed* viva, lentitud del *pulso*, y síncopes mas frecuentes. Al cabo de dos ó tres dias, y algunas veces menos y otras veces más, remiten los síntomas, se establece una traspiracion mas ó menos abundante, y se verifica la curacion. Sin embargo, en algunos casos puede sobrevenir la muerte por la agravacion de todos los síntomas precedentes.

3.° *Mordedura del trigonocéfalo.* Rufz (1) ha estudiado con el mayor cuidado los resultados de esta mordedura, mucho mas grave que la precedente. Hé aqui el estracto de su memoria que se ha reproducido en el *Diccionario de Medicina* (2): «Rufz ha observado: 1.° que la muerte podia ser repentina é instantánea, lo que él atribuye al terror; 2.° que la muerte podia tener lugar algunos dias despues del accidente, por manifestarse los síntomas primitivos, y esto en el momento en que el herido se creia exento de todo peligro; 3.° que la muerte podia

(1) *Enquete sur le serpent.* Saint Pierre Martinique, 1843. *Annales d' higiène,* t. XXXII.
(2) Art. *Vipère,* t. XXX.

ser la consecuencia de un trastorno nervioso muy intenso desarrollado desde los primeros instantes, y este caso es sobre todo cuando la muerte puede ser pronta; 4.° que la terminacion fatal podia ser la consecuencia de una congestion pulmonar, accidente bastante comun que ciertos observadores habian tomado por una pulmonía, ó bien ser la consecuencia de un flemon difuso desarrollado en el miembro herido; 5.° por último, que aun cuando la mordedura no fuese tan grave podia ocasionar hinchazones, abscesos, gangrenas parciales, necroses, parálisis de los sentidos (amaurosis, etc.), ó parálisis de los movimientos, neuralgias, diversos trastornos á la inteligencia, etc., desórdenes que se prolongan por mas ó menos tiempo.»

En cuanto á los demás síntomas son los mismos que los que produce la víbora comun, solo que son mucho mas intensos.

4.° *Mordedura de la culebra de cascabel* (crótalo). Los accidentes producidos por la mordedura de la culebra de cascabel son mucho mas graves y mas rápidos, pero de la misma naturaleza, pues algunas veces sobreviene la muerte en ocho ó diez minutos; rara vez sobreviven á la herida los sugetos mordidos mas de tres ó cuatro horas. Bosch que ha estudiado con gran esmero los efectos de la mordedura del crótalo, ha visto que los últimos momentos de la agonía eran escesivamente penosos; aparece la *gangrena* en la herida; una *sangre negra fluye de todas las partes del cuerpo*, la *lengua* se hincha enormemente y sale de la boca, hay una *sed* inestinguible, y llegan al mas alto grado todos los demás accidentes indicados anteriormente.

Tratamiento. Los mismos tratamientos se aplican á la mordedura de todas las especies que acaban de mencionarse, solo que deben ser mas ó menos activos segun los casos. En primer lugar indicaré la primera parte del tratamiento que se debe poner en práctica antes de la llegada del médico, la cual ha reasumido Rufz muy bien de la manera siguiente:

Cuidados que deben prestarse á los enfermos antes de la llegada del médico. 1.° «Inmediatamente que ha mordido la culebra, y en el mismo instante, sin dar un paso mas, es necesario poner una *ligadura* á una pulgada por encima de la mordedura con una corbata ó un tirante, apretándola convenientemente.

2.° »Examinar las heridas, reconocer su número y juzgar por el intervalo que separa la impresion de los ganchos del tamaño de la culebra; *sacar los ganchos* si se hubiesen roto en las heridas.

3.° »*Enjugar la herida y chuparla* ya por sí mismo ó hacerla chupar fuertemente varias veces durante cinco ó seis minutos.

4.° »*Frotar las heridas con limon, orina* ó *cloruros*, ó bien con cualquiera infusion que se tuviere á mano; pero con fuerza, de modo que penetre el líquido que se use hasta el fondo de las picaduras.

5.° »*Cauterizar la herida* con el hierro candente ó con uno de los cáusticos indicados, sobre todo el *cáustico de Viena* ó la *piedra de cauterio*, despues de escarificar las heridas ó sin escarificarlas, y despues de aplicar una ó dos ventosas ó sin esta aplicacion.

6.° »Acostar al enfermo en una cama caliente, hacerle tomar una de las *infusiones* que se han recomendado (1) y animarle si está aterrado.

7.° »Tratar de *evitar el flemon* por aplicaciones emolientes y resolutivas, y si no se ha podido evitar la supuracion, abrir salida al pus por medio de incisiones numerosas y en parages oportunos.»

Respecto de lo demás del tratamiento me contentaré con dar el resúmen siguiente que encontramos en el *Diccionario de Medicina*:

«Despues de la cura se pondrá al enfermo en la cama y tomará algunas infusiones calientes con un poco de amoníaco ó de espíritu de Minderero para promover la traspiracion; si el terror ha sido muy vivo, si hay síncopes, se darán algunos tónicos, como por ejemplo un poco de vino azucarado para reanimar las fuerzas. Se tratará el *infarto flemonoso* por las embrocaciones oleosas, las cataplasmas emolientes, y se pondrá el miembro en una situacion un poco elevada; se abrirán con cuidado los abscesos que pudieran formarse; en una palabra, se combatirán todas las complicaciones por los medios ordinarios de la cirujía. Por último, pueden ser tales los desórdenes, á

(1) Véase mas adelante.

consecuencia de los flemones profundos, de gangrena, etc., que sea necesario recurrir á la amputacion: esto es lo que se ve despues de la mordedura de las grandes serpientes venenosas. Rose ha observado que la mordedura de la boaquira (crótalo) causa muchas veces *una tumefaccion enorme de la laringe* seguida de sufocacion, contra la cual cree que pudiera ser útil la *broncotomía*. Tal vez deberia ensayarse este medio en los casos de que se trata. Las *congestiones pulmonares* pueden moderarse algunas veces por la sangría, pero acaso convendria mejor el emético á alta dosis.

»En los casos muy graves cuando se manifiestan los accidentes tan formidables de que hemos hablado, se emplea generalmente una *medicacion tónica*, las preparaciones de quina y los cordiales; quizás los cloruros, alabados por algunas personas y de los que habla Rufz con elogio, serian de alguna eficacia. En cuanto á los accidentes consecutivos como la amaurosis, etc., reclaman los auxilios ordinarios de la medicina.»

ARTICULO III.

PICADURAS DE LOS INSECTOS Y DE LOS ARACNIDES VENENOSOS.

1.° *Insectos. Picadura de la abeja, de la avispa* y del *abejon, etc.* La abeja, como todos saben, tiene un aguijon con un pequeño conducto, que comunica con una vesícula que contiene el veneno, y la introduccion de este veneno debajo de la epidermis es lo que produce todos los accidentes.

Los *síntomas* de la picadura de estos insectos son los siguientes: *dolor* vivo urente, *hinchazon*, *rubicundez*, ligera sensacion, y algunas veces *malestar general* y aun *calentura*. En los casos en que no hay sino un corto número de picaduras, estos síntomas no duran sino algunas horas con cierta viveza, y se disipan completamente en un dia. Solo en algunos casos especiales es cuando se han visto resultar accidentes graves de una sola picadura. Cuando las picaduras son muy numerosas, la hinchazon puede ser sumamente considerable con síntomas febriles intensos y la muerte ser su resultado.

Esta picadura se cura muy bien sin ningun *tratamiento*, pero se puede acelerar mucho la curacion quitando la punta del aguijon que ordinariamente es visible, y haciendo lociones con *agua* y *vinagre*, *agua de Goulard*, *el amoníaco líquido dilatado en agua*, *el aguardiente alcanforado*, *el agua salada*, etc.

Lo que acabo de decir de la picadura de la *abeja*, se aplica muy bien á la de la *avispa* y á la del *abejon*; en cuanto á la picadura del *cinife* ó del *mosquito*, no exige otro tratamiento y es menos violenta; las que producen las *hormigas* y algunos otros insectos no merecen que se haga mencion de ellas aquí.

En ciertos paises, las *escolopendras* ó *cien pies (myriapódes)* hacen picaduras peligrosas, y en este caso se recurrirá á los *mismos medios de tratamiento*.

Los insectos pueden producir accidentes mas ó menos graves depositando sus huevos en diversas partes del cuerpo, en las cuales se desarrollan luego las *larvas;* pero como en todos estos casos basta hacer la estraccion de los cuerpos estraños ya por medio de inyecciones, ya de instrumentos, creo que es suficiente esta mencion.

2.° *Aracnides.* Entre las aracnides citaré en primer lugar el *escorpion*, muy comun en el Mediodia de Francia, de Italia y España, y sobre todo el *escorpion de Africa* que es mayor y mas venenoso.

Los *síntomas* á que da lugar la picadura del escorpion son semejantes á los que produce la mordedura de la víbora; solo que son menos intensos los producidos por los escorpiones de Europa, y aun segun Berard (1) de ninguna manera serian peligrosos en Roma. Segun algunos autores el escorpion de Africa puede ocasionar la muerte en algunas horas.

El *tratamiento* es el mismo que el de la mordedura de la víbora.

En cuanto á la picadura de la *tarántula* (tarantela), á la que se han atribuido efectos tan singulares, me limitaré á decir que está reconocido en el dia que todo cuanto se ha dicho sobre este asunto debe contarse entre las fábulas, y que si la tarántula produce algun accidente es una *irritacion local* con *inflamacion erisipelatosa* y algunas veces *flictenas*.

(1) *De l' hygiène de Rome* (*Journal des conn. méd.-chir.*, marzo de 1848).



ARTICULO IV.

ANIMALES PARÁSITOS.

No creo que sea necesario en una obra de la naturaleza de la presente entrar en detalles sobre semejante materia; en efecto, todo el mundo sabe en qué circunstancias se desarrollan y el modo de desembarazarse de los animales parásitos, tales como el *pediculos capitis* (piojo), el *pediculus pubis* (ladillas), el *pulex* (pulga), el *cimex* (chinche) y diversas especies de *aradores*. Todo lo que pudiera decir sobre este punto no ofreceria ningun interés al lector.

LIBRO DUODÉCIMO.

INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS.

No debemos incluir entre los envenenamientos mas que los accidentes causados por sustancias que obran á corta dosis y de una manera rápida; pues en los casos en que es necesario administrarlas á dosis considerables y repetidas con frecuencia es una intoxicacion; estos accidentes no se diferencian entre sí sino por esta larga duracion de la accion del veneno, porque la muerte puede ser el resultado de unas y de otros.

CAPITULO I.

INTOXICACIONES.

Empezaré por la intoxicacion saturnina. Esta intoxicacion da lugar á enfermedades demasiado graves é importantes, y por otro lado estas enfermedades presentan condiciones comunes tan evidentes que no puedo menos de entrar con este motivo en algunas consideraciones generales.

ARTICULO I.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA INTOXICACION SATURNINA.

La *intoxicacion saturnina* se produce constantemente á consecuencia de la *absorcion de las preparaciones de plomo bajo la forma molecular*. Esta absorcion se verifica por las diversas mucosas, pues aunque algunos autores han dicho qúe podiá tambien hacerse por la cubierta cutánea, observaciones bien hechas, y de las cuales las mas principales son debidas á Tanquerel de Planches (1), prueban que no se puede admitir esta via de absorcion.

Todas las *profesiones* en que los obreros esten colocados en medio de una atmósfera que contiene cierta cantidad de moléculas de plomo en suspension, pueden producir la intoxicacion saturnina; pero me limitaré á consignar aqui la lista de estas profesiones.

Trabajadores en las fábricas de albayalde y en las de minio y de litargirio, los pintores de edificios, de atributos y de carruages, los doradores sobre maderas, los barnizadores de metales, los fabricantes de papeles pintados, los moledores de colores, los fabicantes de naipes alemanes, los fabricantes de cinturones, los alfareros, los fabricantes de loza ordinaria, ó de vidrio, los trabajadores en las minas de plomo, los refinadores, los plomeros, los fundidores de cobre y de bronce, los fabricantes de caracteres de imprenta, los impresores, los fabricantes de plomo de municion, los lapidarios, los talladores en cristal, los operarios de las manufacturas de espejos y de las de nitrato, de cromato y de acetato de plomo.

Estos obreros absorben principalmente las moléculas saturninas por las vias respiratorias, pero tambien absorben una gran cantidad notable por las vias digestivas en las que se introducen con la saliva.

Resulta del resúmen de Tanquerel de Planches, que en los

(1) *Traité des maladies de p'omb.*; Paris, 1839.

meses mas cálidos del año se contrae mas fácilmente la intoxicacion saturnina. Esta intoxicacion se manifiesta de cuatro maneras diferentes, que son las siguientes: *cólico de plomo, dolores de los miembros, parálisis* y *accidentes cerebrales*. Estas formas de la intoxicacion saturnina no aparecen repentinamente, pues se observan antes algunos síntomas que merecen indicarse y que Tanquerel ha designado con el nombre de intoxicacion primitiva.

Algun tiempo antes que se declare una afeccion distinta los obreros palicen y enflaquecen como lo ha comprobado Grisolle (1). Las carnes se ponen flácidas, la piel y sobre todo la de la cara adquiere un color amarillénto al que se ha dado el nombre de *ictericia saturnina*. Los esperimentos han probado que la sangre presenta los caracteres de la anemia; muchos enfermos esperimentan la sensacion de un sabor azucarado ó estíptico, su aliento es fétido, en algunos dan sangre las encías y hay un ligero *tialismo*, pero en general las encías estan firmes y algunas veces desgastadas hácia su borde libre. Los que han vivido en medio de una atmósfera abundante en moléculas de plomo presentan una lista azulada en las encías que ocupa tres ó cuatro milímetros de su borde libre, y que algunas veces se estiende mas alla. Tanquerel ha reconocido que esta coloracion es debida á un sulfuro de plomo que resulta del contacto del metal con el hidrógeno sulfurado que se desprende de los intersticios de los dientes ó de cualquier otro punto de las vias digestivas.

Para terminar debo decir que estos fenómenos estan lejos de presentarse en todos los individuos que deben afectarse de la enfermedad saturnina; apenas se ven sino en los trabajadores de las fábricas de albayalde y de minio, y en los que estan constantemente espuestos al polvo y al vapor de las preparaciones de plomo.

Veamos ahora cuáles son las formas con que se declara la intoxicacion saturnina empezando por el cólico de plomo.

(1) *Essai sur la colique de plomb.*; Tésis, Paris, 1835.

ARTICULO II.

CÓLICO DE PLOMO.

Segun un pasage de Nicandro, citado por Tanquerel, el cólico de plomo ha sido descrito desde muy antiguo, y este último autor ha probado por investigaciones exactas que en todas las épocas se ha conocido bien los efectos perniciosos del plomo; pero es necesario llegar hasta mediados del siglo XVII para ver bien descrita esta enfermedad por Stockusen (1). Desde esta época se han publicado trabajos muy interesantes, entre los que es necesario citar los de De Haen, Weismann, Astruc, Dubois, Stoll, Desbois de Rochefort, y en tiempos mas cercanos los de Merat (2), Andral, Grisolle y Tanquerel; pero á este último autor es á quien debemos las mas estensas y exactas investigaciones, y de él es de quien tomaremos los principales pormenores que van á continuacion.

§. I.

DEFINICION Y SINONIMIA.

Tanquerel mira al *cólico de plomo* como una neuralgia de los órganos digestivos y urinarios producida por la absorcion del plomo en el estado molecular en la economía; los hechos que ha citado en apoyo de su definicion, son seguramente de mucho valor; pero como no han resuelto todavía todas las objeciones que se pueden hacer á este modo de considerar la naturaleza de la enfermedad, me contentaré con la definicion siguiente: es una afeccion producida por la absorcion del plomo y cuyos principales síntomas son dolores violentos de vientre, un estreñimiento rebelde y calambres en los miembros.

Se ha descrito el cólico de plomo bajo los nombres de *cólico saturnino*, *metálico*, de los *pintores*, de los *plomeros*, de los

(1) *De litharg. fumo*, etc.; Goslar, 1656.
(2) *Traité de la colique métallique;* Paris, 1812.

alfareros. Se le ha dado tambien el nombre de *raquialgia*, considerándole como una neuralgia de la medula, y Tanquerel ha demostrado que las enfermedades conocidas con los nombres de *cólico de Poitou*, de *Normandía*, de *Devonshire* y de *Madrid*, nó son otra cosa que el cólico de plomo, escepto algunos casos de enteritis ó de enteralgia que un conocimiento poco profundo de la enfermedad ha hecho confundir con los demás (*).

§. II.

CAUSAS.

Es sabido que la causa esencial del cólico de plomo es la absorcion de las moléculas de este metal; pero no por eso se debe investigar menos cuáles son las condiciones en que se desarrolla mas fácilmente la enfermedad bajo la influencia de esta absorcion.

Ya hemos visto que una *temperatura elevada* es una condicion de las que mas favorecen el desarrollo de la intoxicacion saturnina en general, y esta observacion se aplica al cólico de plomo. Habiendo Tanquerel investigado cuál es la influencia de los *climas*, ha visto que no tenian otra que la que resulta de la elevacion mayor ó menor de la temperatura.

El mismo autor se ve inclinado á creer en vista del exámen de cierto número de hechos, que se está tanto mas espuesto á contraer el cólico de plomo cuanto mas jóven es el hombre, y que

(*) No estamos de acuerdo con Tanquerel en que el cólico de Madrid sea un cólico saturnino, y acaso tampoco lo sean los de Poitou, Normandía y demás. Si bien en algunos de estos puntos hay coincidencias que pudieran motivar esta creencia, y algun sabio español ha sido de esta opinion, ni por sus síntomas ni por sus circunstancias puede decirse que sea un cólico saturnino. Las variaciones rápidas de temperatura, la influencia de los vientos frios que vienen de sierras mas ó menos lejanas, y en nuestra poblacion de los de Guadarrama y Somosierra con vientos Noroeste y Nordeste; especialmente en primavera y otoño, alternando con otros dias de mas elevada temperatura, son los que ocasionan los cólicos de Madrid (véase lo que dice Valleix en el artículo *Cólico sobre los del Poitou*, etc.). Cuando hay predisposicion á sentir estas influencias, la causa determinante puede ser cualquiera, una indigestion, un disgusto, etc., etc. A suponer que proceden del plomo de que se componen las cañerías que traen las aguas á la ciudad, deberian ser mas generales, atacar á toda clase de personas y en todas las circunstancias, lo que está lejos de suceder.

las mugeres en igualdad de circunstancias estan menos predispuestas á él que los hombres.

En cuanto á la *constitucion* y al *temperamento* no tienen ninguna influencia marcada, pero no sucede lo mismo al *desaseo* y á las *faltas ó escesos en el régimen*, que favorecen el desarrollo de esta enfermedad. Por último, Tanquerel ha reconocido que las demás enfermedades saturninas predisponen al cólico de plomo.

§. III.

SÍNTOMAS.

No puedo hacer otra cosa mejor, para describir los *síntomas* del cólico de plomo, que tomar el pasage siguiente de Grisolle quien como es sabido ha estudiado con mucho cuidado esta enfermedad.

«El cólico de plomo, dice este autor (1), puede empezar repentinamente; pero las mas veces tiene *prodromos* que son todos los *fenómenos de intoxicacion* anteriormente descritos, y á los cuales se agregan bien pronto dolores en los miembros, inapetencia, malestar y dificultad de las evacuaciones; las deyecciones son escasas, las materias escretadas, negras ó rubiginosas.

»Cuando se ha *declarado la enfermedad*, los sugetos esperimentan un *dolor* mas ó menos vivo en el ombligo, menos frecuente en el epigastrio ó en el hipogastrio: este dolor ocupa algunas veces muchas regiones; se irradia hácia los lomos, á las partes genitales, etc. Unas veces es obtuso y como contusivo; pero con mucha mas frecuencia es agudo y dislacerante. Es contínuo, pero está sujeto á *exacerbaciones irregulares*, durante las cuales estan en la mayor ansiedad; sus ojos se hunden, la cara se contrae, dan gritos, se revuelcan en la cama y toman las posturas mas estravagantes para aliviarse.

»Muchos se echan boca abajo, porque la presion ejercida suavemente y por grados sobre el *vientre* con la palma de la mano estendida de plano, calma los dolores en las dos terceras partes de los casos; otras veces no se alivian pero es suma-

(1) *Traité de path.*, t. II, 1843.

mente raro que los exaspere, porque esto solo se verifica en una décima parte de los enfermos.

»En un tercio de ellos, el *vientre* está mas ó menos retraido y en los otros tiene su forma ordinaria. La retraccion se observa principalmente en los cólicos violentos. Este fenómeno depende al parecer de una contraccion espasmódica de los músculos abdominales que se aplican instintivamente sobre las vísceras para atenuar los padecimientos. Casi todos los individuos atacados de cólico saturnino *estan estreñidos*, y este estreñimiento es las mas veces muy rebelde.

»Mas de las tres cuartas partes de los enfermos tienen *náuseas*, que la mayor parte son seguidas de *vómitos* á veces acuosos, casi siempre biliosos, amargos, y de color verde porráceo; algunos se ven al mismo tiempo atormentados por *eructos* é *hipo*.

»En estos sugetos la *lengua* está limpia ó blanquecina, la *sed* es variable, la *inapetencia* completa, y el *aliento* exhala ordinariamente un olor saburral.

»La *secrecion urinaria* está casi siempre disminuida, y en algunos enfermos la miccion es muy dolorosa y va acompañada de tenesmo.

»Las mas veces hay dolores en diferentes partes del cuerpo, tales como *cefalalgia* (en una cuarta parte), *tirones* y *dolores convulsivos* hácia los *cordones testiculares* (en una cuarta parte); *calambres*, una sensacion de entorpecimiento ó bien *dolores* lancinantes y dislacerantes en los *músculos* de los miembros inferiores (en las tres cuartas partes) ó de los superiores (en la mitad), mas ó menos frecuentemente en los músculos lumbares (en una tercera parte), y por último, algunos (una sétima parte) esperimentan una sensacion de *constriccion dolorosa hácia el torax.*

»En medio de estos padecimientos tan vivos, la *piel* conserva su temperatura y el *pulso* su frecuencia normal y aun muchas veces es mas lento que de costumbre. Los enfermos estan fatigados, sus *fuerzas* estan aniquiladas y se hallan *privados de todo sueño.*

»El cólico puede complicarse con otras afecciones saturninas, y especialmente con los diversos accidentes cerebrales y las diversas formas de parálisis de que hablaremos mas adelante. Tambien puede complicarse con cualquiera otra enfermedad

estraña al plomo, pero esto es raro, escepto sin embargo la *ictericia*, que sobreviene en una octava parte de los casos.»

Para completar esta descripcion añadiré que Tanquerel ha comprobado por medio de atentas investigaciones la existencia, durante los accesos de cólicos, de la *retraccion del ano* y de las *contracciones violentas del recto*, semejante á calambres. Tambien ha notado la existencia de *tumores movibles en el abdomen* debidos á las acumulaciones de gases.

§. IV.

CURSO, DURACION, TERMINACION, RECAIDAS Y RECIDIVAS DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* del cólico de plomo es variable. Tanquerel ha distinguido tres períodos: *período de invasion*, *período de aumento* y *período de declinacion*. El primero sigue su curso con una rapidez muy variable; en el segundo, las exacerbaciones ó los *accesos de cólico* son mas ó menos distantes y tienen una intensidad muy diversa; el último puede terminarse repentinamente por la desaparicion de todos los síntomas; pero no es raro ver que en el momento en que todos los accidentes parecen mejorarse, reaparece el cólico con nueva intensidad.

La *duracion* de esta afeccion, cuando está abandonada á sí misma, ó cuando no ha sido convenientemente tratada, es indeterminada; pero en el mayor número de casos se la combate en pocos dias con un tratamiento apropiado.

Las *recaidas* son bastante frecuentes, y Tanquerel ha visto que se presentan una vez por cada veinte; ordinariamente son provocadas por faltas en el régimen; pero las mas veces son debidas á un mal tratamiento.

Las *recidivas* son muy frecuentes; es decir, que los sugetos que han sido atacados una vez de esta enfermedad estan mas espuestos que antes á contraerla si se esponen á la influencia de las mismas causas, lo que sucede con mucha frecuencia.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

No se ha encontrado absolutamente ninguna *lesion* que pueda esplicar el cólico de plomo, porque la retraccion del conducto digestivo es una simple consecuencia de la cafecion; este es el principal motivo que ha hecho mirar al cólico de plomo como una neuralgia, asi, pues, no me detendré en este punto.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Algunos autores han insistido mucho en el *diagnóstico* del cólico de plomo; pero reflexionándolo bien se verá que solo lo han hecho por esceso de precaucion. En efecto, apenas se puede confundir esta enfermedad sino con la gastralgia ó la *enteralgia*, pero además de que casi siempre se pueden obtener noticias acerca de los antecedentes, hay grande diferencia en el curso de estas afecciones y no presentan bajo este aspecto ninguna causa de error. En cuanto á los casos en que el estreñimiento es reemplazado por la diarrea, son raros, y se distinguen de las afecciones inflamatorias del abdomen, faltando cualquier otra calentura, por los accesos violentos del cólico y por el estado general del enfermo.

Pronóstico. El cólico de plomo puede considerarse como una enfermedad grave; porque si bien no ocasiona la muerte por sí mismo, puede ser seguido de accidentes cerebrales, de parálisis, y en una palabra, tener consecuencias temibles.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Para combatir el cólico de plomo se han usado un gran núro de medios; pero en el dia está reconocido por todos los prácticos que no hay mas que un solo método que deba adoptarse

y este es el que une los narcóticos á los evacuantes; asi, pues, me contentaré con hacer una rápida enumeracion de los demás agentes terapéuticos.

Tratamiento de la Caridad. Debo empezar por este tratamiento célebre con el que se han conseguido gran número de curaciones, y desde luego daré la fórmula de este tratamiento complicado que dura siete dias.

Fórmula del tratamiento de la Caridad.

PRIMER DIA. 1.° *Agua de cañafístula con las semillas*, que se compone del modo siguiente:

℞ Cañafístula en rama quebrantada............. 60 gram. (℥ij)

Se cuece en

Agua.................. 4000 gram. (℔ij)

Y se añáde:

Emético................ 15 centigram. (3 g̃)
Sal de Epson............ 30 gram. (℥j)

2.° A la entrada: *Lavativa purgante de los pintores.*

℞ Hojas de sen................. 15 gram. (℥ß)

Se cuece en

Agua....................... 4000 gram. (℔ij)

Y se añade:

Sulfato de sosa............... 15 gram. (℥ß)
Vino emético................. 120 gram. (℥jv)

3.° Por la tarde: *Lavativa anodina de los pintores.*

℞ Aceite de nueces............. 180 gram. (℥vj)
Vino tinto.................. 360 gram. (℥xij)

4.° A las ocho: *Bolo calmante.*

℞ Triaca.............. 4 á 6 gram. (ʒj á ʒjß)
Opio............... 5 á 7 centigram. (1 á 1 ½ g̃)

SEGUNDO DIA. 1.° Por la mañana: el *Agua bendita*, que se compone de

℞ Tártaro estibiado........ 30 centigram. (6 g̃)
Agua tibia............... 240 gram. (℔ß)

Se toma en dos veces con una hora de intervalo.

2.° El resto del dia: *Tisana sudorífica simple.*

℞ Guayaco	} ãã	30 gram.	(℥j)
China			
Zarzaparrilla			

Se cuece por espacio de una hora en

Agua	2000 gram.	(℔jv)

Hasta que se reduzca á la mitad y se añade:

Sasafrás	30 gram.	(℥j)
Regaliz	15 gram.	(℥ß)

Se cuece aun ligeramente y se cuela.

3.° A las cinco de la tarde: *Lavativa anodina de los pintores*, que se prescribe del modo dicho anteriormente.

4.° A las ocho: *Bolo calmante.*

Tercer dia. 1.° *Dos vasos de la tisana sudorífica laxante* siguiente:

℞ Tisana sudorífica simple	1000 gram.	(℔ij)
Sen	30 gram.	(℥j)

Se cuece ligeramente y se cuela.

2.° Durante el dia: *Tisana sudorífica simple.*

3.° A las cuatro de la tarde: *Lavativa purgante de los pintores.*

4.° A las seis: *Lavativa anodina.*

5.° A las ocho: *Bolo calmante.*

Cuarto dia. 1.° Por la mañana: *Purgante de los pintores.*

℞ Hojas de sen	8 gram.	(ʒij)
Agua	240 gram.	(℔ß)
Se reduce por la ebullicion á...	180 gram.	(℥vj)

Y se añade:

Sal de Glaubero	30 gram.	(℥j)
Jalapa en polvo	4 gram.	(ʒj)
Jarabe de espino serval	30 gram.	(℥j)

2.° Despues de la administracion del purgante: *Tisana sudorífica simple.*

3.° A las cinco de la tarde: *Lavativa anodina.*

4.° A las ocho: *Bolo calmante.*

Quinto dia. 1.° *Tisana sudorífica laxante.*

2.° A las cuatro de la tarde: *Lavativa purgante de los pintores.*

3.° A las seis: *Lavativa anodina.*

4.° A las ocho: *Bolo calmante.*

Sesto dia. Se repite el *tratamiento* del cuarto dia.

Setimo dia. Se repite el *tratamiento* del quinto dia, y además la *Tisana sudorífica simple*, en el dia.

Régimen. Se prescribe *dieta* durante el tratamiento, y solo desde el quinto dia se puede permitir caldo por alimento.

Despues de este tratamiento completo, el enfermo se halla ordinariamente curado, y entonces basta continuar durante algunos dias el uso de la *tisana sudorífica simple* y á veces del *bolo calmante*.

Si no se hubiesen disipado completamente los accidentes, se podrá repetir el tratamiento de los últimos dias, á contar desde el tercero, del cuarto ó del quinto segun los casos; pero si fuesen aun de alguna gravedad, no se deberá vacilar en volver á empezar todo el tratamiento, y esto es lo que es preciso hacer en los casos de recaida.

Este tratamiento contiene una multitud de medicamentos complicados, y se puede suponer que varios de ellos son inútiles. Asi, pues, muchos médicos han modificado la forma quitando este ó el otro medicamento, segun su modo de ver. ¿Tienen acaso razon? Nada lo prueba porque no nos han dado á conocer el resultado de su medicamento. Yo creo que si se quiere administrar el tratamiento de la *Caridad*, no hay en el estado actual de la ciencia ningun motivo para suprimir *un remedio* mas bien que otro.

En cuanto á los resultados ya he dicho mas arriba que son satisfactorios, y esto es lo que ha reconocido Tanquerel. Pero ¿no hay alguna medicacion mas sencilla y mas eficaz? esto es lo que se trata de averiguar.

Habiendo visto Tanquerel usar el *aceite de croton tiglio* en un considerable número de casos, ha encontrado que por este medio los enfermos se curaban mas rápidamente y en mayor proporcion de casos que por el tratamiento del hospital de la Caridad, cuya grande eficacia reconocia á pesar de todo. Grisolle, que como el autor que acabo de citar, ha estudiado con mucho cuidado las enfermedades saturninas, es de la misma opinion, de suerte que este modo de ver es de gran valor; no obstante, me parece que deben continuarse las investigaciones bajo este punto de vista, porque siendo cierto número de casos rebeldes á las mejores medicaciones, y pudiendo reunir la casualidad gran número de casos en una série de hechos,

nunca se multiplicarán demasiado los esperimentos. Hé aqui como en concepto de Tanquerel (1) se debe administrar el aceite de croton tiglio.

Tratamiento por el aceite de croton tiglio. «El mejor modo de administrar este medicamento es darle á la dosis de *una gota* en una cucharada de tisana á la primera visita que se ha hecho al enfermo.

»Si esta primera toma no produce evacuaciones ni vómitos, es necesario administrar seis ó siete horas despues una *nueva gota* ó *una lavativa purgante.*

»Al dia siguiente y al otro, se deberá prescribir el aceite de croton de la misma manera.

»Al cuarto dia, cuando el enfermo está completamente libre de todos los síntomas del cólico, se le puede hacer administrar una *segunda lavativa purgante*, que se continúa hasta el sétimo ú octavo dia. En los casos raros en que el cólico no ha cesado enteramente al cuarto dia, es tambien *necesario dar aun una gota de aceite de croton*, que se puede repetir los dias siguientes, si por casualidad no hubiesen desaparecido todos los vestigios de la enfermedad.

»Cuando el enfermo vomita el aceite de croton un cuarto de hora ó media hora despues de su ingestion, es *necesario mezclarle con* 30 *gramos* (una onza) de *aceite de ricino* ó administrarle en *lavativas á doble dosis* de la prescrita por la boca.

»Al mismo tiempo que se administra el aceite de croton, es conveniente que el enfermo beba una *gran cantidad de tisana.* La mayor parte de los nuestros bebian cada dia *dos ó tres jarros de agua de cebada con miel.*»

Grisolle aconseja, si hay síntomas saburrales, empezar por administrar el *emetocatártico siguiente:*

℞ Tártaro estibiado......	10 á 15 centígram.	(2 á 3 ℥)
Sulfato de sosa........	15 gram.	(℥ß)

Se favorece la accion evacuante por *lavativas purgantes.*

Todas las noches se dan de cinco á diez centígramos (1 á 2 granos) de *opio* para procurar algo el sueño.

No es raro ver que la primera administracion del aceite de croton produce una mejoría de las mas marcadas; pero la es-

(1) *Lug. cit.*, t. I, p. 401.

periencia ha probado que no era menester detenerse y que se debe dar el remedio á lo menos durante tres dias; y si mas adelante se reprodujesen los acidentes con cierta intensidad, seria preciso no vacilar en volver á usarle.

Tales son como he dicho anteriormente las únicas medicaciones en que se puede tener confianza; pero se han alabado tambien otros medios que voy á enumerar.

Las *bebidas cargadas de hidrógeno sulfurado* propuestas primero por Lalouette, y despues por Chevalier y Rayer, estan en el dia abandonadas; la *limonada sulfúrica* alabada por Foucat y sobre todo por Gendrin (1), es un medio reconocido por todos los demás esperimentadores; el *alumbre* (*), el *mercurio*, el *hierro* y el *plomo* que el mismo ha prescrito, no merecen mas confianza. El *método antiflogístico* ha sido encomiado por ciertos médicos; pero en los casos en que ha parecido tener buen éxito se han usado los purgantes; y todo induce á creer que á ellos es debida la curacion de la enfermedad. En cierto número de casos el *opio* y los demás narcóticos han producido resultados ventajosos; pero en el dia todo el mundo reconoce que es necesario asociarles á los evacuantes. Tambien se ha aconsejado la *nuez vómica*, pero este medicamento está abandonado.

En estos últimos tiempos, habiendo tratado Sandras (2) gran número de enfermos por el *persulfuro de hierro*, ha obtenido curaciones notables, y considera á este medio como superior al del hospital de la Caridad: seria de desear que se continúasen estos esperimentos. Muchos médicos han aconsejado igualmente el *tabaco* en fomentos y en lavativas, sin duda engañados por algunos casos escepcionales de curacion. En cuanto al tratamiento muy complicado de Ranque, no le espondré aqui

(1) *Transactions médicales*; Paris, 1832, t. VII.—*Lettre à l'Académie des sciences*, 15 de febrero de 1840.—*Annales d'higiène*; Paris, 1841, t. XXV, p. 463, t. XXVI, p. 543.

(*) En cuanto al alumbre creemos que existen bastantes hechos que prueban que su eficacia es mayor que la de los otros medios de que se habla (*hierro*, *plomo*, *mercurio*), si bien no iguala en nuestro concepto á la de los evacuantes unidos á los narcóticos. Véase la memoria del doctor D. Lorenzo Boscasa inserta en la traduccion de los Elementos de Patologia de Roche y Sanson, de la 4.ª edicion, art. del *cólico saturnino*.

(Nota de los Traductores.)

(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 432.

porque nada prueba que tenga una eficacia que se acerque á la del método evacuante, y únicamente diré que es á la vez *revulsivo* y *calmante*.

ARTICULO III.

ACCIDENTES CEREBRALES SATURNINOS.

Los *accidentes cerebrales saturninos* habian pasado desapercibidos ó se habian atribuido á otra causa que á la intoxicacion saturnina hasta estos treinta últimos años, en que se empezó á publicar algunas observaciones que probaron que los síntomas cerebrales eran verdaderamente el resultado del envenenamiento por el plomo; por último, en 1836, Grisolle (1) ha podido por medio de cierto número de hechos bien observados, dar la historia de las principales formas que afectan los accidentes cerebrales saturninos. Asi, pues, de este autor es de quien deberemos tomar los principales detalles de este artículo.

§. I.

SÍNTOMAS.

Las formas de que se trata son en número de tres: 1.° *forma delirante;* 2.° *forma convulsiva,* y 3.° *forma comatosa.* Las describiré sucesivamente despues de haber dicho alguna cosa de los prodromos que las son comunes.

Invasion, prodromos. En cierto número de casos la enfermedad sobreviene de una manera repentina, revistiendo tan pronto una forma como otra. Con mas frecuencia todavía sucede de otro modo, pues en ciertos sugetos de los cuales la mayor parte acaban de padecer del cólico de plomo, y de los que algunos aun esperimentan los síntomas de este cólico, sobrevienen los síntomas siguientes: cefalalgia frontal ó sincipital, vértigos, sueño agitado ó soñolencia, mirada atontada, acele-

(1) *Journal hebdomadaire*, t. IV.

racion del pulso, inquietud y tristeza; á veces amaurosis, entorpecimiento, hormigueos ó dolores en los miembros.

1.° *Forma delirante.* Esta forma se observa en una cuarta parte de los sugetos atacados de accidentes cerebrales. El *delirio* consiste algunas veces en una simple divagacion; con mas frecuencia es un *delirio furioso* con vociferaciones, injurias, golpes á las personas que se acercan á los enfermos, y á veces ilusiones y alucinaciones. En cierto número de casos los enfermos recobran en parte su razon entre los parosismos.

El delirio es *contínuo* pero con exacerbaciones ordinariamente muy violentas é irregulares, y durante estos dos *parosismos* está siempre completamente perdida la razon.

Este delirio puede disiparse por sí mismo al cabo de cuatro ó cinco dias despues de un sueño pacífico, y los enfermos no conservan mas que una idea confusa de lo que ha pasado. Estos casos no son ni con mucho los mas frecuentes, y en cierto número de ellos son de temer las recaidas. Algunos sugetos *mueren repentinamente* en lo mas fuerte de su delirio, otros *se dan la muerte*, y en el mayor número de casos esta forma delirante *termina por la forma comatosa.*

2.° *Forma convulsiva.* Esta forma ha recibido los nombres de *forma epiléptica* ó de *epilepsia saturnina.* Grisolle nunca ha podido comprobar la *existencia de el aura epiléptica.* Hé aqui las diferentes variedades que presenta la *epilepsia saturnina.*

Algunos sugetos (una sétima parte) *caen repentinamente sin conocimiento,* la *sensibilidad* está abolida, los *ojos fijos* y no se observa *ninguna convulsion.* Este estado dura muchas horas.

Cuando los enfermos, dice Grisolle, de quien he tomado todos estos datos, recobran el conocimiento, *no gozan inmediatamente de la plenitud de sus facultades intelectuales,* no recuerdan ni su ataque, ni muchas veces las circunstancias que le han precedido; su fisonomía lleva la impresion de un *estupor profundo*, sus miembros estan trémulos, vacilan si están en pié y no cogen los objetos esteriores sino titubeando, sus ideas son confusas y su hablar lento y embarazado.

»Poco tiempo despues, es decir ocho ó diez minutos, una ó muchas horas, se declara un *nuevo ataque*; este va ordinariamente acompañado de *movimientos convulsivos;* entonces se ve que se inyecta repentinamente la cara del enfermo, despues

y en un instante casi indivisible, la rubicundez es reemplazada por la *palidez* de la muerte. Si el sugeto está en pie cae de *espaldas* como una masa inerte, insensible á todos los escitantes esternos, inmediatamente *todo su cuerpo se pone rígido*, los miembros superiores sobre todo esperimentan *ligeras sacudidas* y no se observan generalmente movimientos desordenados que arrojen á los enfermos fuera de la cama en que descansan. Ordinariamente la *rigidez*, algunas veces casi tetánica, predomina en un lado; entonces se ve la *cara* horriblemente desfigurada, las comisuras estan fuertemente tiradas á derecha ó á izquierda, los párpados estan cerrados ó muy abiertos, los *ojos* fijos ó dando vueltas; todas estas partes estan agitadas de pequeños movimientos convulsivos. La *lengüa*, en la mitad de los casos, cogida entre los dientes es dislacerada, una *saliva espumosa*, muy rara vez sanguinolenta, inunda los labios al mismo tiempo que la hinchazon de las venas del cuello y la turgencia violácea de la cara vienen todavía á aumentar el horror de semejante cuadro.

»Mientras que estos fenómenos existen, la *respiracion* es corta y penosa, se hace ruidosa y estertorosa cuando la resolucion llega. Entonces la palidez reemplaza el color amoratado de la cara; la *piel* se cubre de *sudor*, los miembros se hallan en un estado de *completa resolucion*, las *pupilas* estan muy dilatadas, la *sensibilidad* general continúa abolida, pero el ataque se halla terminado despues de una duracion media de algunos minutos.

»En cuanto al curso ulterior de la afeccion varía segun los casos. En mas de la mitad de los enfermos, despues de cuatro á diez minutos, *vuelve la sensibilidad progresivamente*, la inteligencia continúa obtusa; sin embargo, el enfermo es susceptible de percibir algunas sensaciones, tambien puede suministrar algunos datos, pero comunmente espresa mal sus pensamientos; tartalea muchas veces palabras ininteligibles. Algunos apenas estan despiertos se agitan y vociferan; se han hecho *maniáticos*, otros se hallan atormentados por ideas siniestras ó tienen visiones espantosas. Esta agitacion furibunda, estos pensamientos tristes cesan despues de algunos minutos, ó á mas tardar de algunas horas, y son reemplazados por *un nuevo ataque de epilepsia*, ordinariamente mas intenso que el pri-

mero. Entonces, los *accesos se acercan cada vez mas*, y se hacen subintrantes cuando la enfermedad debe tener una terminacion fatal; en sus intervalos, que son muy cortos, los enfermos no recobran su inteligencia sino que permanecen sumergidos en un *estado comatoso* y en una insensibilidad absoluta.

»En algunos casos poco frecuentes (una vez sobre seis), las convulsiones son irregulares y difíciles de caracterizar; esto es lo que ha hecho decir á Stoll, que casi todos los géneros de convulsiones se presentan en el cólico saturnino, pero principalmente el mas grave de todos y que ataca todo el cuerpo, es la epilepsia que acomete y deja á los enfermos en todos los tiempos y cuando menos lo piensan.

»La forma convulsiva *puede ser irregular desde el principio*, ó hacerse despues de ataques de epilepsia repetidos con frecuencia; en estos casos estas convulsiones son parciales, afectan toda la cara, ó solamente uno de sus lados; uno ó mas miembros son á la vez atacados de *contractura permanente* que persiste sin interrupcion tres, cuatro y seis horas y mas hasta el término fatal. Por último, se han visto hacerse *catalépticos* algunos enfermos, pero esta forma de convulsion es la mas rara de todas, pues nosotros nunca la hemos encontrado.

»La muerte sobreviene muchas veces despues de los fenómenos de *asfixia*, ya *repentinamente* como por una especie de suspension de la accion nerviosa, ya sin convulsiones ó en un *estado de coma* que puede persistir de algunas horas á un dia.»

3.° *Forma comatosa.* Hemos visto que las dos formas precedentes se terminan frecuentemente por el coma; en algunos casos tambien la forma comatosa se manifiesta de pronto, y entonces se observan los fenómenos siguientes: en primer lugar el enfermo parece sumergido en una *soñolencia profunda* de la cual se puede todavía sacarle de manera que se pueden obtener algunas respuestas sobre lo que esperimenta actualmente; está generalmente tranquilo, pero por momentos da algunos *quejidos*, se agita ó se pone de rodillas, etc. Los *ojos* estan cerrados ó muy abiertos, pero en ambos casos la vista está abolida y hay *amaurosis*. Si la enfermedad no se trasforma en epilepsia, el enfermo vuelve en su conocimiento; solo tiene el aire atontado, aun no responde, y las facultades no se restablecen sino poco á poco.

§. II.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Tales son los síntomas y el *curso* que caracterizan estos trastornos cerebrales; en cuanto á la *duracion*, hé aqui lo que ha reconocido Grisolle: «La duracion de la enfermedad varía, dice, segun la forma de los accidentes. El *delirio*, si es intermitente, puede prolongarse sin ocasionar la muerte durante tres, seis, nueve y diez y siete dias. Los *ataques de epilepsia* pueden repetirse á intervalos mas ó menos aproximados desde algunos minutos hasta seis á siete dias. Por último, el *estado comatoso* persiste las mas veces de dos á seis dias; pero en algunos casos felizmente muy raros la duracion de la afeccion, considerada en general, es muy corta, porque algunas horas, algunos minutos y aun algunos segundos bastan para arrebatar á los enfermos.»

Las *recidivas* no son raras aun cuando los enfermos no se sometan á la accion deletérea del plomo; pero Grisolle ha reconocido en vista de los hechos que ha podido observar, que no parece son de temer despues del fin del segundo setenario.

§. III.

LESIONES ANATÓMICAS.

En mas de la mitad de los casos no hay ninguna lesion apreciable. En los demás sugetos se esperimenta un aumento de volúmen del cerebro, las circunvoluciones son apretadas y aplastadas, y la dura madre está distendida. Los ventrículos estan vacíos y su cavidad ha perdido una parte notable de su capacidad. Algunas veces la pulpa cerebral presenta un color amarillento.

§. IV.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

No siendo patognomónicos los síntomas descritos mas arriba, solo se puede llegar á formar el *diagnóstico* por la existen-

cia actual ó anterior de los demás accidentes saturninos y en particular la del cólico. Si hay amaurosis, servirá de guia su brusca aparicion y su desaparicion al cabo de algunos dias. El estado constantemente tranquilo del pulso merece todavía fijar la atencion de los prácticos.

Pronóstico. La mortalidad es de mas de la mitad, y esto es decir bastante acerca de la gravedad del pronóstico. La forma convulsiva es la mas grave, y es raro que el enfermo sucumba cuando ha pasado el sesto ó sétimo dia.

§. V.

TRATAMIENTO.

Es preciso convenir en que nuestros recursos terapéuticos son muy limitados. La *sangría* y las *aplicaciones frías á la cabeza* son, segun Grisolle, no solo inútiles en la mayor parte de los casos sino tambien perjudiciales. Sin embargo, debo decir que en los muchos casos que tengo observados y tratados, una ó dos aplicaciones de *sanguijuelas* al cuello no me han parecido agravar los accidentes.

Grisolle cree que puede ser útil un estenso *vejigatorio* sobre todo el cuero cabelludo en la forma comatosa; pero esto no pasa de ser una presuncion; lo mismo sucede con las *afusiones frias.*

El *opio* es útil en el *delirio furioso*, pues calma y procura el sueño. Se le administra bajo la forma de enema (quince ó veinte gotas de láudano en una media lavativa emoliente).

El *sulfato de quinina* y los *antiespasmódicos* han fallado constantemente.

El *tratamiento de la Caridad*, ó cualquier otro método evacuante, no produce efecto alguno contra los accidentes cerebrales.

Rayer, citado por Tanquerel, ha acabado por abandonar todos estos tratamientos, algo mas que inciertos, y ateniéndose al *método espectante* solo ha visto entre treinta y cuatro enfermos un solo caso de muerte. Este resultado es bien notable y tiende á probar que los remedios encomiados son mas que inútiles, pues son perjudiciales.

ARTICULO IV.

ARTRALGIA SATURNINA.

Despues del cólico de plomo, la artralgia saturnina es la mas frecuente de todas las afecciones debidas á la intoxicacion causada por este metal. Hasta Tanquerel se habian contentado los autores con hacer mencion de] dolores mas ó menos vivos en diferentes partes del cuerpo en los sugetos sometidos á la influencia del plomo; pero este autor nos ha dado una descripcion detallada é interesante de la enfermedad (1).

§. I.

DEFINICION Y SINONIMIA.

La *artralgia saturnina* está caracterizada por dolores de los miembros sin trayecto determinado, que se disminuyen por la presiòn, se aumentan por los movimientos y presentan exacerbaciones mas ó menos marcadas.

Estos dolores habian sido designados por Sauvages con el nombre de *reumatismo metálico.*

§. II.

CAUSAS.

En general, los obreros mas espuestos al cólico de plomo son tambien los mas espuestos á la artralgia saturnina; pero es de notar que *los obreros de las fábricas de minio estan mucho mas espuestos á la artralgia que al cólico.* La mayor ó menor violencia de el cólico de plomo no tiene relacion directa con el desarrollo de la artralgia:

(1) *Lug. cit.*, t. I.

§. III.

SÍNTOMAS.

Prodromos. Además de los signos de intoxicacion general, el enfermo esperimenta ordinariamente durante algunos dias un entorpecimiento y una laxitud variable en los miembros que deben afectarse. Este estado es al principio pasagero, existe por la mañana y se disipa por el dia. Poco á poco se hace mas intenso y de mayor duracion; en algunos casos los dolores *empiezan* repentinamente y en el mayor número el principio de la afeccion tiene lugar por la noche.

Síntomas. El *dolor* es el principal síntoma de esta afeccion; este dolor puede tener su *asiento* en casi todas las partes del cuerpo, pero casi siempre se manifiesta del modo siguiente en el órden de su frecuencia: miembros inferiores, miembros superiores, lomos, torax, espalda y cabeza. No es raro ver afectados á la vez muchos de estos puntos, y notablemente los miembros inferiores y los superiores.

En los miembros el dolor tiene su sitio principal en el sentido de la flexion, sus límites son muy variables, y como he dicho anteriormente, no sigue un trayecto fijo como en la neuralgia.

Por lo demás, este dolor tiene todos los caracteres de una punzada neurálgica: dislacerante, quemante, punzante, etc. Tiene por lo general *paroxismos* muy marcados durante los cuales los enfermos se hallan muy agitados, y en cierto número de casos solo consiste en un malestar.

Pasados los *accesos* los enfermos no esperimentan mas que una sensacion de quebrantamiento ó de constriccion de las partes afectadas.

Estos accesos son mas ó menos aproximados, algunas veces muy frecuentes; un movimiento y una sensacion de frio puede provocarlos, y vienen ordinariamente de noche.

Es comun ver *disminuido el dolor por la presion*, sin embargo, es preciso decir que no se ha ejercido la presion con todo el cuidado posible, y tampoco conviene olvidar que los dolores de vientre en el cólico de plomo, se calman con frecuen-

cia con una presion estensa, y se aumentan por una presion con la estremidad de los dedos. ¿No puede suceder lo mismo en la artralgia? Siento no haber hecho todavía este esperimento, y lo que hay de cierto es que en algunos casos la presion exaspera el dolor.

Al dolor y principalmente durante los accesos acompañan *calambres*, *espasmos* y *rigidez* de los músculos de las partes afectadas. Por lo demás, nada aparece en la piel y el enfermo está *sin calentura*.

Las diversas funciones de los órganos inmediatos á las partes ocupadas por el dolor, estan mas ó menos trastornadas; asi pues, en el dolor del pecho la respiracion está dificultada, en la cara se suprime la secrecion de las fosas nasales, etc., etc.

El dolor se muda con frecuencia de un sitio á otro, y aun algunas veces ocupa muchos á la vez.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Por lo general el *curso* de la enfermedad es muy irregular; algunas veces los síntomas se disipan repentinamente, pero con mucha mas frecuencia disminuyen progresivamente. En cierto número de casos la enfermedad sigue un curso *crónico*.

Las *recaidas* y las *recidivas* son frecuentes y de temer por mucho tiempo.

Si se abandona la enfermedad á sí misma puede perpetuarse, pero bien tratada no dura regularmente mas de tres á seis dias. Es bastante frecuente ver que sigue la parálisis á la artralgia saturnina.

§. V.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Es evidente que la enfermedad debe confundirse con una *neuralgia*. Lo que distingue estas dos afecciones es que en la artralgia el dolor no sigue un trayecto determinado y que no hay punto doloroso circunscrito. No hablo del dolor á la presion, porque en algunos casos existe en esta enfermedad, como en las neuralgias, asi como hemos visto mas arriba.

§. VI.

TRATAMIENTO.

Los *baños sulfurosos* tomados diariamente durante siete ú ocho dias á lo mas, si el caso lo exige, son segun lo acredita la esperiencia, uno de los medios en que se puede tener mayor confianza.

Resulta de los esperimentos de Guillot y Melsens (1), que el *ioduro de potasio* goza de la mayor eficacia contra la intoxicacion saturnina. Desde la época en que lo comunicaron al Instituto de Francia, he administrado esta sal á la dosis de 2 gramos (1/2 dracma) al dia á sugetos debilitados y caquécticos, que esperimentaban dolores en muchas partes del cuerpo, y este tratamiento ha sido siempre seguido en breve de los mejores efectos; por lo tanto no se puede menos de invitar á los prácticos á ponerle en uso.

ARTICULO V.

PARÁLISIS SATURNINA.

Tambien debemos á Tanquerel la historia detallada de la parálisis saturnina, que antes de él habia sido detallada pero no descrita.

Es raro que esta parálisis se declare primitivamente, pues casi siempre se presenta despues del cólico y de la artralgia. Una sensacion de frio, de entorpecimiento y de dificultad en los movimientos, anuncian durante un tiempo variable la parálisis.

§. I.

SÍNTOMAS.

Habiendo dado Grisolle un buen resúmen de la sintomatologia ateniéndose á los trabajos de Tanquerel, creo que debo tomar de él el pasage siguiente:

(1) *Bulletin gén. de thérap.*; marzo de 1849.

«La parálisis rara vez es general y completa, pero las mas veces *está limitada á un sistema de músculos:* puede ser circunscrita á un solo músculo ó á una sola de sus haces. Los *miembros superiores* son atacados cinco ó seis veces mas con frecuencia que los inferiores, y no es raro que los *cuatro miembros* sean invadidos simultáneamente; casi siempre la parálisis está *limitada á los músculos estensores* y frecuentemente se estiende á los músculos que concurren á la articulacion de la *voz.* Asi á los enfermos que pueden aun tenerse en pie les tiemblan las piernas; sus movimientos son inciertos, sus piernas y sus muslos estan doblados á causa de la parálisis de los músculos de la parte anterior (músculos estensores); los miembros superiores estan colgando á los lados del tronco, si la parálisis es completa, pero las mas veces se limita á los músculos estensores de la *muñeca* y de los dedos. Entonces estas partes estan dobladas y los enfermos no pueden coger ya ningun objeto, al paso que conservan los movimientos del hombro y de los brazos.

»En ciertos sugetos los labios estan ordinariamente trémulos, la *lengua* parece se mueve dificilmente, la *palabra* está entorpecida y á veces hay tartamudez; si la parálisis recae en algunos músculos de la *laringe,* puede haber *afonía,* pero este accidente es muy raro. Lo mismo sucede con la parálisis de los músculos intercostales que cuando existe produce siempre la muerte por *asfixia.* La *sensibilidad* está casi siempre intacta en los miembros paralizados; pero en una vigésima parte de los enfermos las partes privadas de movimiento estan igualmente insensibles. Esta insensibilidad puede no estenderse mas que á la *piel* ó atacar al mismo tiempo á las partes profundas.

»Cuando se ha hecho *completa la parálisis* y persiste desde mucho tiempo, los músculos acaban por atrofiarse. Si la parálisis no afecta mas que á un sistema de músculos, estos son los únicos que se atrofian, lo que forman un contraste muy notable con los relieves que forman los músculos de las mismas partes que no estan paralizadas. Entonces comunicando estos á cierta region del cuerpo, como por ejemplo á la muñeça, un estado de flexion forzada y tirando de ellas, producen la *dislocacion* y la prominencia de los *tendones* y aun de los *huesos* del carpo. Cuando la parálisis saturnina es muy estensa, la *nutricion general* languidece, los enfermos se debilitan y ahilan, las

digestiones se perturban, los miembros se infiltran, se desarrollan escaras en las partes que soportan la presion del cuerpo durante el decúbito y en fin sobreviene la muerte en medio del *marasmo.*»

Para terminar esta descripcion añadiré que la *parálisis del sentimiento* que acabamos de ver se manifiesta con la parálisis de movimiento, puede algunas veces existir sola. Ha sido descrita por Tanquerel con el nombre de *anestesia saturnina.* Es completa ó incompleta y ocupa mayor ó menor estension del cuerpo, y su sitio de predileccion es los miembros. Resulta de las investigaciones de Beau, que la anestesia es mucho mas frecuente que lo que se creia; en efecto, es raro encontrar un sugeto sometido á la influencia del plomo, que no tenga la sensibilidad de la piel, sobre todo en el brazo, mas ó menos debilitada. Tambien la *amaurosis* se puede presentar aislada antes ó despues de los demás accidentes saturninos.

§. II.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

La parálisis se presenta con mas ó menos rapidez, pero por lo comun su *curso* es lento, y su *duracion* es ilimitada. Solo en ciertos casos se obtiene una curacion completa ó incompleta por medio de un tratamiento activo.

§. III.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El *diagnóstico* no presenta dificultades, porque suponiendo que se carezca de datos, lo que casi no parece probable, la forma de la parálisis la distingue de todas las demás.

El *pronóstico* es grave porque muchas veces la parálisis es incurable, con frecuencia tambien no se obtiene mas que una curacion incompleta, sin que se pueda ordinariamente decir de antemano cuál será el resultado del tratamiento.

§. IV.

TRATAMIENTO.

El *método evacuante* es inútil. Se han empleado con buen éxito las *fricciones escitantes* á los miembros enfermos, igualmente que los *baños de mar*, los *baños sulfurosos* y los *baños ferruginosos;* pero estos medios son con frecuencia infieles. Lo mismo sucede con los *sinapismos* y los *vejigatorios* y la *pomada estibiada* á las partes paralizadas.

La *electricidad*, y en particular el *galvanismo*, han logrado cierto número de curaciones en casos muy graves, y en general se obtienen buenos efectos, aun cuando no se haya obtenido completamente la curacion.

Fouquier ha administrado la *nuez vómica* con muy buenos resultados, y en la actualidad se administra la *estricnina* de la manera siguiente:

Se empieza por dar *siete ú ocho milígramos* ($^1/_7$ á $^1/_6$ de grano) durante dos ó tres dias; despues se da *un centígramo* ($^1/_5$ de grano) y se aumenta gradualmente la dosis hasta que el enfermo tome *cinco, seis* ó *siete centígramos* (1 y $^1/_5$ ó 1 y $^2/_5$ de grano) al dia. Cuando se llega á estas últimas dosis es necesario vigilar atentamente los efectos del remedio que pudiera causar accidentes. Rara vez es necesario traspasarlos. La estricnina se administra en *píldoras* ó en *una pocion*, y tambien se la puede hacer absorber por el *método endérmico*. Resulta de los hechos observados por Tanquerel, que estos *tres medios reunidos*, á saber: los baños sulfurosos, la electricidad y la estricnina, constituyen la curacion con la que se consiguen mas curaciones.

ARTICULO VI.

PROFILAXIA DE LAS AFECCIONES SATURNINAS.

Me contentaré con citar el estracto siguiente de un informe dado por Combes á la Academia de las Ciencias, pues contiene los principales puntos del *tratamiento profiláctico*.

«Las enfermedades de los operarios que trabajan en las fábricas de albayalde pueden generalmente prevenirse por la sustitucion de los procedimientos mecánicos al trabajo manual en las operaciones en que los hombres se ven obligados á tocar ó manejar el albayalde; por la intervencion del agua en la separacion de las escamas de los resíduos del plomo; por la pulverizacion de estas escamas y el acribado que las sigue; por la sustitucion del amoldado en prismas ó en ladrillos, al envasado del albayalde triturado al agua; por el molido al aceite en la fábrica misma por medio de los aparatos convenientes de todo el albayalde que sufra esta manipulacion antes de emplearse; por último, guardando en cuartos separados de los talleres todos los mecanismos que sirven para la pulverizacion y tamizacion ó cernido en seco del albayalde cuando son indispensables estas operaciones. Se evitaria la salida del polvo por las aberturas que exige la introduccion de las materias y el paso de los árboles de trasmision del movimiento, dirigiendo corrientes de aire hácia el interior de las cámaras, que tendrán con este objeto un tubo en forma de chimenea, elevado encima del techo, y haciendo girar los árboles de trasmision sobre anillos de materia elástica ó en rodetes constantemente humedecidos y fijados á las paredes. Finalmente se completarian estas medidas por una ventilacion muy activa de los talleres y por las precauciones higiénicas fáciles de observar por los operarios.»

Tales son las enfermedades ocasionadas por el plomo. No creo debo entrar en mayores detalles acerca de la profilaxia de la intoxicacion saturnina aplicada á las fábricas, pues este es un punto de higiene que deben estudiar en las obras especiales los médicos de esta especie de establecimientos, y principalmente en la que Tanquerel de Planches ha tratado con cuidado este punto importante.

ARTICULO VII.

CÓLICO DE ZINC.

Es sabido que en estos últimos tiempos se ha reemplazado en muchas industrias, y especialmente en la fabricacion de colores para la pintura, al plomo por el zinc, porque se habia

mirado á esta sustancia como inocente. Pero algunos hechos han venido despues á hacer temer que no sea perfecta esta inocencia, y se ha hablado de un *cólico de zinc*, de *accidentes cerebrales*, de *parálisis* causadas por el zinc, y en una palabra, de síntomas semejantes á los que produce el plomo. En primer lugar es preciso decir que los accidentes de este género son infinitamente raros, y en segundo lugar que no está probado que en algunos casos citados no fuesen realmente accidentes ocasionados por el plomo. Por otra parte, los hechos referidos no son bastante detallados que sirvan para formar una historia completa de las afecciones que puede ocasionar el zinc. Lo que resulta principalmente de los datos que poseemos es que si existen semejantes afecciones, no tienen bajo la relacion de su frecuencia y de la facilidad con que se contraen nada que se asemeje á las afecciones saturninas.

Se puede decir que estos accidentes son meras escepciones. Asi, pues, me contentaré con citar los hechos siguientes:

Bouvier (1) ha observado en un hombre ocupado ya en embarrilar el blanco de zinc, ya en reparar las barricas que habian servido, síntomas semejantes á los del cólico de plomo: vómitos, dolores abdominales y estreñimiento. El tratamiento por los purgantes y el opio fue seguido de una pronta curacion. Bouvier supo que otros cinco operarios empleados en los mismos trabajos habian esperimentado iguales accidentes. Hizo lavar con cuidado el cuerpo del enfermo, y habiéndose analizado las aguas por Chatin, se demostró que no contenian ni plomo, ni cobre, ni arsénico, y que contenian una cantidad apreciable de zinc.

Landouzy ha dado á conocer á la Academia de las Ciencias algunos hechos análogos.

ARTICULO VIII.

CÓLICO DE COBRE.

Es necesario no confundir el cólico de cobre con el envenenamiento por las preparaciones de cobre. Esta enfermedad, de-

(1) *Seance de l'Académie des sciences*, 13 de mayo de 1850.

bida á una verdadera intoxicacion, es siempre leve y cede á medios muy sencillos.

El cólico de cobre es mucho mas raro que el cólico de plomo. Ataca á los fundidores y á los torneros de cobre; en una palabra, á todos los que estan espuestos á absorber una gran cantidad de moléculas de este metal.

Síntomas. Los síntomas son los de una enteritis mas ó menos intensa; tales como *anorexia*, *sed*, á veces *náuseas* y *vómitos*, *dolores* alrededor del ombligo, que se exasperan por la presion, tension del abdomen, *deyecciones* líquidas, frecuentes, amarillas, verdes, y que contienen moco, algunas veces *tenesmo*, y al mismo tiempo *movimiento febril* con dolores en el cuerpo.

Abandonado á sí mismo y por solo los medios higiénicos, este cólico se cura en un setenario. El tratamiento puede abreviar mucho esta duracion.

Unicamente los antecedentes pueden hacer distinguir esta afeccion de una enteritis intensa sobrevenida espontáneamente.

El *tratamiento* consiste en la *dieta*, *quietud* en la cama, bebidas emolientes, *cataplasmas* al abdomen, una corta cantidad de *opio* y *lavativas laudanizadas y con almidon*.

ARTICULO IX.

TEMBLOR MERCURIAL.

La *salivacion mercurial* debe atribuirse á una intoxicacion; pero ya he hablado de ella en uno de los volúmenes precedentes (1). En cuanto á la *hidrargiria* ya he dicho al describir las enfermedades de la piel, que no es otra cosa que un *eczema agudo*; y no queda que hablar sino del temblor mercurial.

Los trabajos sobre esta enfermedad son poco numerosos; pero los mas importantes son los de Merat (2) y los de Colson (3).

(1) Véase *Estomatitis mercurial*.

(2) *Mémoire sur le tremblement des doreurs sur metauex.—Journal de médecine*, por Corvisart; 1804, t. VIII, p. 391.—*Traité de la colique métalique;* Paris, 1812.

(3) *Arch. gén. de méd.*, 1827.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

Esta enfermedad, á la que se ha dado tambien el nombre de *temblor de los doradores*, está caracterizada por convulsiones en mayor ó menor estension del cuerpo sin otro accidente notable, á lo menos en la mayor parte de los casos. Antes de valerse de los medios profilácticos usados en la actualidad, la enfermedad era muy frecuente, pero se ha hecho menos comun desde que se han descubierto los procedimientos electroquímicos para dorar los metales.

§. II.

CAUSAS.

La *absorcion del mercurio en estado de vapor* es la causa principal del temblor mercurial, y es la que produce la enfermedad en los doradores de metal, en los operarios de las fábricas de espejos, en los sombrereros y en los trabajadores que esplotan las minas de mercurio. Muchos hechos prueban que la absorcion por otras vias puede producir el mismo efecto, pero esto no es frecuente. Colson ha referido casos en que el temblor sobreviene despues del uso del *licor de Van Swieten* ó de *fricciones* en la piel. Los enfermeros que dan estas fricciones pueden contraer esta enfermedad por sí mismos.

El *desaseo*, el *frio* y la *humedad* predisponen al parecer á esta afeccion, y se han incluido entre sus causas las *emociones morales*. Tambien se ha observado que el temblor mercurial es mas frecuente en *invierno*, lo que sin duda depende, no solo de la accion del frio, sino tambien de la precision que tienen los operarios de estar en salas cerradas y llenas de vapores mercuriales.

§. III.

SÍNTOMAS.

En algunos casos raros, la enfermedad *empieza* repentinamente; pero las mas veces el enfermo se resiente al principio

de un poco de debilidad, menos seguridad en los movimientos y solo al cabo de mas ó menos tiempo es cuando el temblor se presenta con todos sus caracteres,

La afeccion se declara en primer lugar en los miembros superiores, despues ataca á los miembros inferiores, los labios, la lengua y los músculos de la cara.

El temblor consiste en *pequeñas sacudidas rápidas* y contínuas que agitan principalmente los miembros. Si se hace estender el brazo hácia adelante, este *temblor* es muy sensible en las estremidades, y si se hace guardar durante algun tiempo esta posicion, se ve que las sacudidas van sin cesar aumentando; en fin, si se hace estar al sugeto en pie, se ve que las rodillas tiemblan de la misma manera. Cuando la enfermedad es medianamente intensa, los síntomas se limitan á esto, y el enfermo puede todavía servirse de sus brazos para las necesidades ordinarias de la vida, teniendo sin embargo cuidado de tomar algunas precauciones, como lo hacen las personas afectadas de simple temblor nervioso.

Cuando la afeccion es mas intensa, los enfermos esperimentan *dificultad para coger los objetos*, porque el temblor desvía las manos de los puntos hácia donde quieren dirigirse. Si se tratan de llevar alguna cosa á la boca, no pueden hacerlo sino en varias veces y no verificándose la flexion sino por sacudidas, se ven espuestos á derramar los líquidos contenidos en el vaso que tienen en la mano. En un grado todavía mas elevado, siendo aun mas estensas y mas bruscas las contracciones, los enfermos estan mas espuestos á golpearse la cara cuando quieren llevar la mano á la boca y *no pueden ya beber y comer solos*. Iguales fenómenos se manifiestan en las piernas segun el grado de la enfermedad. Además, estando agitados los *labios* y la *lengua* del mismo temblor en diversos grados, está *entorpecida la palabra* y á veces tartalean los enfermos. Por último, se observan algunas veces gestos en la *cara* á consecuencia de las contracciones espasmódicas de los músculos. En algunos es imposible la *masticacion* y en un número poco considerable de casos, la enfermedad puede ocasionar el *insomnio*, el *delirio*, la *debilidad* de la *inteligencia*, la *obtusion de varios sentidos* y *aun la pérdida* momentánea *de conocimiento*. Tambien se han visto casos en los que la *respiracion* era difícil y convulsiva. Por lo

demás el *apetito* se conserva casi siempre, aunque algunas veces esté pastosa la lengua. En cuanto al *pulso*, tiene ordinariamente sus caractéres normales; algunas veces es lento y un poco fuerte.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

El *curso* de la enfermedad es esencialmente crónico; la *duracion* es larga en general, aun cuando se someta el enfermo á un tratamiento eficaz; las *recidivas* son frecuentes en los sugetos que se vuelven á dedicar á sus trabajos, y aun un primer ataque predispone á los segundos y asi sucesivamente.

Burdin (1) es el único que ha citado casos de *terminacion* por la muerte; mas esta terminacion no tiene lugar sino en los sugetos que continúan en su oficio, en cuyo caso sobreviene ya á consecuencia de una caquexia mercurial, ya á la de una hemorragia cerebral.

§. V.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Solo dos enfermedades pueden confundirse con el temblor mercurial, á saber: el *temblor nervioso* y la *corea;* pero este diagnóstico no presenta grandes dificultades. En efecto, en el *temblor nervioso* no hay ningun signo de caquexia mercurial, y en la *corea* que sobreviene en personas jóvenes, que no ataca muchas veces sino un lado del cuerpo, hay movimientos convulsivos desordenados que no se asemejan á las pequeñas sacudidas sucesivas del temblor mercurial.

Pronóstico. El pronóstico no es realmente grave sino en los casos en que habiendo tenido el enfermo ya varios ataques, y presentando en cierto grado los signos de la caquexia mercurial, no renuncia á los oficios en que se emplea el mercurio.

(1) *Diccionario de ciencias médicas*, Madrid.

§. VI.

TRATAMIENTO.

En primera linea debemos colocar los *sudoríficos;* en efecto, los autores que han estudiado particularmente esta enfermedad han reconocido su eficacia. Asi, pues, se prescribirá la tisana de *zarzaparrilla*, de *guayaco*, de *china* y de *sasafrás* que se podrá endulzar con *jarabe* de *Cuisinier*. Tambien se puede prescribir el *acetato de amoníaco* á la dosis de 15 á 30 gramos (media á una onza) en un litro (2 cuartillos) de una de las tisanas precedentes, ó bien á la dosis de 4 á 8 gramos (una á dos dracmas) en una pocion. Los *polvos de Dower* llenan las mismas indicaciones.

Tambien se han usado con buen éxito los *baños calientes* y los de *vapor;* en cierto número de casos que he observado los *baños sulfurosos* repetidos todos los dias, y *unidos* al *opio* á dosis moderada, han procurado una curacion completa y bastante rápida.

Asi mismo pueden auxiliar á los tratamientos que acabo de indicar, los *narcóticos* y los *antiespasmódicos;* en cuanto al *régimen* debe ser tónico y es necesario en lo posible dar por habitacion al enfermo un cuarto bien ventilado.

ARTICULO X.

CAQUEXIA MERCURIAL.

La *caquexia mercurial* reconoce *las mismas causas* que el temblor mercurial, y debo decir aqui que se observa ordinariamente en un grado mas ó menos elevado en las personas afectadas de esta última enfermedad. Es mas comun ver manifestarse la caquexia que el temblor en las personas sometidas á un *tratamiento mercurial exagerado.*

Síntomas. Esta caquexia consiste en un estado de *languidez de todas las funciones*, en la *blandura de las carnes*, el abotagamiento de la cara, la hinchazon y el reblandecimiento, la

destruccion de las *encías*, la caida de los *dientes*, la *cáries* ó la *necrosis de los huesos maxilares;* algunas *hemorragias* por las mucosas, una *anemia* particular, la *infiltracion* de las piernas, *palpitaciones*, *síncopes*, *trastornos digestivos* variados, la *debilidad de la inteligencia*, algunas veces *aberraciones*, y en fin, en cierto número de casos un *movimiento febril* mas ó menos marcado con depresion del *pulso*.

Cuando la caquexia ha llegado á este grado, entonces se ve que sucumben á ella los enfermos, como ha observado Burdin (1).

El *tratamiento* con que se debe combatir esta caquexia particular consiste en un régimen fortificante, el egercicio al aire libre, el uso de los *tónicos* y sobre todo de los *ferruginosos*, y en la mayor parte de los medios indicados al tratar del temblor mercurial.

Christison, Kund, Gusman (2), etc., han usado contra ella con buen éxito, el *ioduro de potasio* á dosis moderada.

ARTICULO XI.

EMBRIAGUEZ.

Solo diré algunas palabras sobre esta intoxicacion, cuyo mas alto grado es el único de que debo hablar aqui, pues constituye una enfermedad que puede ocasionar la muerte.

La ingestion de una gran cantidad de *líquidos alcohólicos*, sobre todo cuando se ha hecho rápidamente, ocasiona síntomas muy graves: asi es que se han visto á algunos sugetos que habiendo tragado de una vez medio litro (un cuartillo) de aguardiente, pierden rápidamente el conocimiento, caen en un colapso del cual nada podia sacarle y sucumben al cabo de muy poco tiempo en un estado de *suspension de todas las funciones*.

En los casos mas comunes sobreviene solo despues de un período de escitacion de mayor ó menor duracion, un *estado comatoso* de que es imposible sacar al enfermo. En semejante

(1) Véase el artículo *Temblor mercurial*.
(2) *Bull. gén. de thérapeutique*, marzo de 1849, p. 262.

caso la *cara* está turgente y amoratada, los *ojos* prominentes, la *respiracion* es estertorosa, el *pulso* unas veces es duro y lento y otras pequeño, *concentrado* y *frecuente;* levantados los *miembros* caen como unas masas inertes, y despiden de la boca y comunmente de todas las partes del cuerpo un *olor alcohólico* marcado.

Las mas veces este estado se termina por *recobrar gradualmente el conocimiento*, á lo cual se sigue por espacio de algunas horas un estado de abatimiento, de fatiga, de pesadez de cabeza, una sed bastante viva, el estado pastoso de la boca y la pérdida del apetito; pero tambien puede suceder que los enfermos sucumban en este estado; algunas veces esplica la muerte una hemorragia cerebral ó meníngea; pero es mas frecuente no encontrar mas que una simple congestion cerebral, seguida de *asfixia*.

El *diagnóstico* puede fundarse principalmente en el olor alcohólico que exhala el enfermo en cuyo auxilio vienen con frecuencia los antecedentes. En los casos de *aplopejía fulminante* con los cuales se pudiera en rigor confundir la embriaguez, los síntomas se suceden con mucha mayor rapidez porque sabemos que para que una hemorragia cerebral produzca la completa resolucion de los miembros, es necesario ya una lesion muy estensa, ya una alteracion de la protuberancia anular.

Tratamiento. Si los accidentes no son de estremada intensidad, los enfermos no tienen necesidad mas que de *quietud* y *bebidas diluentes*. En los casos mas graves, se debe *favorecer el vómito* haciendo beber agua tibia, titilando la campanilla ó administrando un *vomitivo*. Si el peligro pareciese inminente se deberá absorber los líquidos que hubiere en el estómago por medio de una *bomba esofágica*. Para remediar los síntomas generales, se ha administrado el *amoníaco líquido* á la dosis de siete á ocho gotas en un vaso de agua azucarada: sino bastase esta primera dosis se la duplicará al cabo de un cuarto de hora ó de media hora. Tambien se ha administrado el *agua* y *vinagre*, el *agua salada*, el *café* y el *té*; pero la accion de estas sustancias es problemática, y solo las dos últimas producen buenos efectos cuando se han disipado los primeros síntomas y el enfermo ha recobrado el conocimiento.

En los casos en que hay signos evidentes de congestion ce-

rebral ó de apoplejía, no se debe vacilar en aplicar *sanguijuelas* detrás de las orejas, en practicar una ó mas *sangrías;* en poner *revulsivos ambulantes* en las estremidades inferiores, en una palabra, en tratar estas afecciones como en los casos ordinarios.

ARTICULO XII.

DELIRIO TRÉMULO.

Saunders habia ya dado á conocer esta enfermedad cuando Sutton (1) dió una descripcion detallada y completa de ella; desde entonces muchos autores ingleses y alemanes han publicado sobre ella escritos importantes. En Francia debemos los mejores trabajos sobre este punto de patologia á Leveille (2), Rayer (3), Esquirol (4) y Calmeil.

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

El *delirio trémulo* es una afeccion ocasionada por el abuso de las bebidas alcohólicas, y caracterizada por el temblor de los miembros, la aberracion de la inteligencia, las alucinaciones y el insomnio. Las principales denominaciones bajo la cual se la ha descrito son las siguientes: *delirio temblon*, *delirio de los borrachos*, *enomanía* y *delirium vigilans*.

§. II.

CAUSAS.

Entre las bebidas que producen el delirio trémulo el aguardiente ocupa el primer lugar; pero todas las demás *bebidas*

(1) *Tracts on delirium tremens;* Londres, 1813.
(2) *Mém. sur la folie des ivrognes* (*Mém. de l'Acad. de méd.*; Paris, 1823, t. I, p. 181).
(3) *Mém. sur le delirium tremens;* Paris, 1819.
(4) *Des maladies mentales;* Paris, 1838, t. II, p. 72.

fermentadas pueden producir los mismos efectos. Ordinariamente se produce la enfermedad á consecuencia de su *abuso prolongado;* pero algunas veces, sin embargo, se le ha visto sobrevenir despues de una sola orgía. Se ha pretendido que el delirio trémulo puede ser ocasionado por otras sustancias que los líquidos alcohólicos, en particular por los narcóticos y los escitantes generales; pero se han confundido accidentes de naturaleza diferente aunque de grande analogía entre sí.

Nada diré de la edad, del sexo, del clima y de las estaciones porque todo lo que sabemos de positivo es que los abusos frecuentes y prolongados son la causa necesaria de la enfermedad.

§. III.

SÍNTOMAS.

La *invasion* de la enfermedad se anuncia por una agitacion mayor que de ordinario, y al mismo tiempo por una debilidad mas ó menos marcada. El sueño es mas ó menos difícil, frecuentemente interrumpido, y al mismo tiempo hay trastornos en los órganos digestivos, caracterizados principalmente por la aversion á los alimentos.

Pasado mas ó menos tiempo, el *delirio*, que es uno de los principales síntomas, viene á caracterizar la enfermedad.

Este delirio es muy variable: tan pronto violento y furioso, consiste algunas veces en una simple locuacidad y en palabras incoherentes; otras veces es alegre y alto; el enfermo tiene *alucinaciones* muy diversas; ve los objetos que le alegran ó le aterran, y algunas veces está sitiado por fantasmas, ve buques, campos, animales, etc.

El *olfato* mismo está afectado y muchas veces el enfermo percibe olores fétidos que no existen.

El *oido* participa igualmente de este trastorno; en una palabra, estas *alucinaciones* varían al infinito.

El *temblor* que se agrega á los síntomas precedentes para caracterizar la enfermedad es general y consiste en *pequeñas sacudidas* rápidas que hacen temblar las manos y vacilar las piernas, que impiden al enfermo llevar á su boca un vaso de líquido sin verter algo, que ponen los labios y la lengua trémulas, y á la

palabra entorpecida. Algunas veces las *convulsiones* son semejantes á las de la epilepsia.

Casi constantemente es agitado é interrumpido el *sueño*, y á veces el *insomnio* es *completo;* los enfermos se levantan con frecuencia de su cama, sin saber por qué, y muchas veces tambien no saben encontrarla cuando quieren volver á ella, frecuentemente les sucede que se caen al tiempo de levantarse, de suerte que es preciso atarlos á la cama.

La *cara* está algunas veces natural, con frecuencia roja y animada, con *ojos* huraños, fijos y brillantes; se ve una saliva espumosa en los labios de los enfermos cuando hablan mucho; algunas veces se llenan los dientes de sarro, algunas otras es tambien la *sed* viva, y en otras ocasiones no la tienen; los enfermos piden muchas veces bebidas alcohólicas. La *anorexia* continúa, hay *peso* en el estómago y ordinariamente un *estreñimiento* bastante pertinaz.

La *orina* es escasa, roja y cargada; tan pronto es el *pulso* tardo, lento y fuerte como acelerado y un poco contraido.

La *piel* está ordinariamente cubierta de *sudor;* en algunos casos este sudor es abundante, y en algunos otros tambien frio y viscoso.

Cuando estos accidentes tienden á disiparse, el insomnio es el primero de todos en ceder. En primer lugar el sueño es corto y se efectúa en gran número de veces; mas adelante se aumenta su duracion, y en fin despues de una noche pasada en un buen sueño, el enfermo recobra su razon quedando sin embargo por mas ó menos tiempo en un estado de atontamiento y de debilidad mas ó menos marcada.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

Acabo de describir el *delirio trémulo de curso agudo*, pero tambien se ha admitido la existencia de un *delirio trémulo crónico;* pero en un gran número de casos á los cuales se ha dado este nombre, han existido lesiones cerebrales y meníngeas que no parece pertenecen á la enfermedad que nos ocupa, y en los demás se debe ver mas bien un embrutecimiento y una

especie de idiotismo causado por el abuso de las bebidas alcohólicas que un delirio trémulo propiamente dicho.

Aunque la afeccion sea continua hay sin embargo *parosismos* marcados que le dan un aspecto particular; tales son los *accesos de delirio* y *de alucinaciones* que duran un tiempo muy variable, que hacen ejecutar á los enfermos actos estravagantes y que estan separados por intervalos irregulares de una calma muy variable tambien.

La *duracion* de la enfermedad tal como la acabo de describir, no escede ordinariamente de ocho á diez dias; algunas veces, sin embargo, se ha visto que el delirio trémulo dura tres, cuatro semanas y mas sin que recobrasen los enfermos en lo mas mínimo la razon. Si no se consideran sino los primeros ataques de la enfermedad, se puede decir que se *termina* siempre por la curacion; pero si el enfermo persiste en sus costumbres, cae en el estado de embrutecimiento de que hemos hablado mas arriba; además, se ven algunas veces sugetos que sucumben en el curso de esta afeccion; pero entonces ha sobrevenido una enfermedad cerebral á la que debe atribuirse la muerte.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

Muchas son las *lesiones anatómicas* que se han citado como propias del delirio trémulo, asi, pues, la inyeccion de las meninges y del cerebro, la serosidad en los ventrículos, el reblandecimiento del corazon, etc.; pero todo el mundo conviene en la actualidad en que ninguna de estas lesiones es realmente característica.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

El *diagnóstico* de la enfermedad que nos ocupa es dificil cuando no se pueden tener datos suficientes. En efecto, se puede confundir el delirio trémulo con otras muchas afecciones, tales son en primer lugar los accidentes que produce el *envenenamiento por los narcóticos*. Se distinguirá el *envenenamiento*

por el opio y la *morfina*, en el dolor de cabeza que ocupa principalmente las sienes y los ojos, en el adormecimiento sin verdadero sueño, en los zumbidos de oido, en la espresion de los ojos que estan ordinariamente apagados y lánguidos; en fin en comezones mas vivas por todo el cuerpo (morfina): el envenenamiento por los demás narcóticos produce efectos análogos.

Otro género hay de delirio que es dificil de distinguir del delirio trémulo, y este es *el que presentan ciertos individuos que han sufrido una operacion;* en semejante caso, el médico se deberá guiar por los antecedentes, porque en gran número de casos los sugetos acometidos de delirio nervioso traumático se hallaban bajo la influencia del abuso de las bebidas alcohólicas en el momento en que se ha practicado la operacion.

En cuanto á la *parálisis general de los enagenados* se forma principalmente el diagnóstico en vista del curso crónico de la enfermedad.

El *delirio saturnino* puede tambien tomarse por el *delirio trémulo;* los demás signos de la intoxicacion saturnina servirán para hacer evitar el error. Este error casi no es posible, cuando se trata del *temblor mercurial*, porque como hemos visto mas arriba, es muy raro que en esta enfermedad haya trastornos cerebrales, y cuando existen tienen un aspecto diferente de los que caracterizan al delirio trémulo.

Pronóstico. El delirio trémulo, cuando no ha habido todavía gran número de ataques, no es por si mismo una enfermedad grave; pero algunas veces sobrevienen complicaciones que pueden causar la muerte, y despues de gran número de *recaidas* los enfermos pueden caer en la imbecilidad.

§. VII.

TRATAMIENTO.

Entre los medios usados contra el delirio trémulo, es necesario incluir en primer lugar el *opio*. Los autores que le han aconsejado, y que han citado hechos en favor de esta medicacion, quieren en general que se dé esta sustancia á una fuerte dosis; que se empiece por ejemplo por 10 centigramos (2 gramos) al dia dados en varias veces y se lleve sucesivamente es-

la dosis á 25 y 30 centígramos (5 á 6 granos), y aun algunos quieren que se aumente gradualmente hasta 1 y 2 gramos (18 á 36 granos) y mas todavía. Estas últimas cantidades son demasiado considerables. No todos los médicos han reconocido la eficacia del opio, y habiendo Ward (1) puesto en uso esta medicacion, ha visto sucumbir gran número de enfermos, sobre todo cuando daba dosis elevadas; asi, pues, mira al opio como pernicioso. Entre los médicos franceses que no tienen ninguna confianza en el opio debo citar á Esquirol, Georget y Calmeil. La consecuencia que se debe sacar de todo esto es que el opio debe darse á dosis mucho mas moderadas que lo que generalmente se hace, y que no se le debe considerar como un remedio soberano en el delirio trémulo.

El *tártaro estibiado disuelto* en *mucha agua*, los *purgantes* y los *calomelanos* prodigados en Inglaterra, los *antiespasmódicos*, los *escitantes generales*, y el *sulfato* de *quinina* á *altas dosis* han sido alternativamente alabados y despreciados. Entre estos medios los que deben inspirar mas confianza son los vomitivos y los purgantes. En cuanto á la *digital á altas dosis*, no está todavía demostrado que produzca los felices efectos que se la han atribuido.

El doctor Varwick (2) ha referido un caso en que las *inhalaciones del cloroformo* empleadas durante dos horas, con intervalos de un cuarto de hora, han procurado un sueño de tres horas, despues del cual el enfermo se halló perfectamente curado. Es preciso añadir que durante las inhalaciones se le administraron cincuenta gotas de láudano.

No insisto mucho sobre estos medios curativos porque resulta de los hechos observados por Esquirol y Calmeil, que la simple *espectacion*, empleando algunas *bebidas diluentes*, la *quietud* y los *baños tibios* bastan en el mayor número de casos para lograr la curacion en cuatro ó cinco dias.

(1) *Rem. on history*, etc., Boston, 1831.
(2) *The Lancet*, enero de 1848.

ARTICULO XIII.

ERGOTISMO.

Aunque en los escritos que nos ha dejado la antigüedad se hayan encontrado algunos pasages que al parecer se deben atribuir al ergotismo, es necesario llegar al siglo X para tener relaciones bastante exactas de epidemias de esta enfermedad; pero á contar desde esta época, los historiadores han hecho mencion de cierto número y sobre todo en los siglos XIV, XV y XVI, es cuando se vieron reinar las mas mortíferas. En los XVII y XVIII se observaron todavía buen número, principalmente en Alemania. Entre los autores que nos han dado trabajos mas interesantes sobre esta enfermedad cuyos ejemplos se han hecho mucho menos frecuentes en nuestros dias, es necesario citar á Schenck, Mulcaille (1), Salerne (2) y el abate Tessier (3).

§. I.

DEFINICION, SINONIMIA Y FRECUENCIA.

El *ergotismo* es una afeccion producida por el uso del cornezuelo de centeno y caracterizada tan pronto por convulsiones como por la gangrena de los miembros. De aqui resulta que esta enfermedad debe dividirse en *ergotismo convulsivo* y en *ergotismo gangrenoso*.

Esta afeccion ha recibido los nombres de *fuego sagrado, fuego de san Antonio, fuego de san Marcelo, mal de Ardent, gangrena de los soloñeses, convulsion cereal* y *raphania*.

§. II.

CAUSAS.

Se ha atribuido la enfermedad de que nos ocupamos á la mezcla con las semillas alimenticias de diferentes plantas, tales

(1) *Acad. des sciences*, 1748.
(2) *Mém. de l'Acad. des sciences*, t. II.
(3) *Mém. de l'Acad. des sciences*, t. II, 1780.

como la *cizaña*, el *rábano silvestre*, el *melámpiro* ó *trigo de vacas* y la de las *amapolas;* pero los esperimentos de Salerne, de Read (1) y del abate Tessier no dejan la menor duda sobre la causa verdadera del mal, y prueban que es ciertamente debida á esta produccion morbosa del centeno á la que se da el nombre de *cornezuelo*. Solo puede quedar alguna duda respecto del ergotismo convulsivo porque en los esperimentos de que acabo de hablar la gangrena es la que principalmente se ha desarrollado.

Las *causas predisponentes* son la *miseria*, las privaciones de toda especie y el *habitar en lugares bajos y húmedos.*

§. III.

SÍNTOMAS.

Para la descripcion de los *síntomas* se debe seguir necesariamente la division que hemos admitido mas arriba.

1.° *Ergotismo convulsivo.* La *invasion* del ergotismo convulsivo no es en general rápida. Durante un tiempo mas ó menos largo (de siete á veinte y veinticinco dias), se observa el quebrantamiento de piernas, la agitacion, la cefalalgia, la tristeza, los hormigueos, los picotazos, los calambres en las piernas y la grande irregularidad del apetito.

Estos primeros síntomas van en seguida aumentando, se presenta en los pies un *calor doloroso* y por último sobrevienen *convulsiones*. Son *convulsiones tónicas* que producen la *flexion forzada* de todas las articulaciones de los miembros inferiores, de suerte que los talones pueden pegarse á las nalgas y las manos á los hombros; iguales accidentes se manifiestan en el tronco y se observa el *opistótonos* y el *trismo*.

A estas convulsiones tónicas se agregan en un principio *convulsiones clónicas* muy violentas y muy dolorosas; las *sacudidas* son mas ó menos rápidas y siempre muy fuertes. Entonces se ve la *cara* agitada por horrorosas convulsiones, y los ojos trocados por el *estrabismo*. Muchos enfermos se muerden la lengua y hay una *espuma sanguinolenta* en la boca.

En seguida persiste la *cefalalgia* y los enfermos caen en un

(1) *Du seigle ergoté*; Metz, 1774.

delirio ordinariamente furioso, con vociferaciones y algunas veces aullidos; se observa tambien la pérdida de la memoria y de la *inteligencia*, el *estupor* y el *coma*; la *vista* ordinariamente debilitada, está con frecuencia abolida ó presenta diversas perturbaciones.

Los *síntomas del conducto digestivo* no son constantes; cuando se presentan consisten en el dolor epigástrico, náuseas y vómitos biliosos, dolores de tripas, deyecciones líquidas y fétidas, y á veces estas son involuntarias igualmente que la espulsion de la orina.

Es bastante comun encontrar las *estremidades* frias, aunque el cuerpo esté cubierto de sudor, y los enfermos se quejan de un *ardor doloroso* en todo el interior del cuerpo; á estos fenómenos sigue ordinariamente *un estado de colapso profundo* y de *parálisis general* que precede á la muerte. En los *casos de curacion*, los síntomas se calman poco á poco y los enfermos conservan durante un tiempo á veces muy largo debilidad de la vista, debilidad ó temblor de los miembros, y en ciertas ocasiones tambien debilidad de la inteligencia.

Accesos convulsivos. Los síntomas que acabo de describir no se presentan de una manera continua; pero el delirio, las convulsiones clónicas y epileptiformes, la agitacion estremada, vuelven por momentos mas ó menos aproximados y constituyen lo que se ha llamado un *acceso de ergotismo convulsivo*.

2.° *Ergotismo gangrenoso.* El ergotismo gangrenoso empieza casi de la misma manera que el ergotismo convulsivo; pero al cabo de algunos dias los *dolores* se hacen mucho mas vivos y mas profundos en las estremidades que deben ser atacadas de gangrena; hacen dar gritos á los enfermos; algunos esperimentan en estos puntos un *calor quemante*; otros por el contrario un *frio* sumamente intenso; algunas veces se manifiesta una *rubicundez erisipelatosa* en los miembros; en esta época el *pulso* se pone contraido y frecuente; el *sudor* se manifiesta en la cabeza y hácia el epigastrio, y sin embargo el *apetito* puede persistir todavia.

Mas adelante cesa el *dolor* en los puntos que deben ser atacados de gangrena, al paso que en las partes mas elevadas invade puntos que todavía no ocupaba. Por último, se ve que las *estremidades* se ponen amoratadas, muy frias, luego se en-

negrecen, se desecan ó se cubren de flictenas llenas de serosidad sanguinolenta, y esta gangrena se estiende en seguida sucesivamente hasta que se encuentra limitada por una faja roja é inflamada, que indica el punto por donde se separarán las partes mortificadas; ordinariamente esta gangrena está limitada á los pies y á las manos; pero en algunos casos se la ha visto estenderse á todo un miembro.

Mas adelante todavía se efectúa la separacion, la *supuracion* se establece en el límite de las partes muertas y de las partes vivas, y se ven desprenderse todas las partes atacadas. Cuando la *gangrena* no es *seca*, fluye de las partes una *serosidad rojiza* de *olor muy fétido* y *característico*.

Mientras se manifiestan estos fenómenos, el *pulso* es débil, miserable y acelerado; hay una *postracion estremada*, la *piel* se cubre de un sudor frio y viscoso, la *lengua* está seca, se establece la *diarrea*, y los enfermos caen en un estado semicomatoso. *En los casos de curacion*, que casi nunca se verifica sino cuando la parte mortificada es de un pequeño volúmen, se establece una buena supuracion despues de la caida de las escaras, y la cicatrizacion se efectúa como en las heridas comunes.

§. IV.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD.

En los casos de ergotismo convulsivo, el *curso* de la enfermedad es irregular, como el de las neuroses, y principalmente los accesos son los que la caracterizan; en los casos de ergotismo gangrenoso el curso es continuo. La *duracion* de la enfermedad es en ambos casos muy variable; la muerte en un acceso puede abreviar mucho la del ergotismo convulsivo; en cuanto al ergotismo gangrenoso se puede decir que su duracion es siempre larga; lo es sobre todo mas cuando una parte de un volúmen considerable se desprende por la mortificacion.

La *terminacion* por la muerte es frecuente, y todo depende, en cuanto al éxito de la enfermedad, de la intensidad de la causa tósica.

§. V.

LESIONES ANATÓMICAS.

En algunos sugetos que han sucumbido al ergotismo, se ha encontrado la inflamacion de un gran número de órganos; pero estas lesiones no son constantes, y todo induce á creer que existe una alteracion de la sangre, á la cual solo se pueden atribuir todos los síntomas que caracterizan á la enfermedad. Segun Roche, la gangrena de las estremidades sería debida á una arteritis, asi como la gangrena senil; pero las investigaciones de anatomía patológica no nos han ilustrado bastante sobre este punto.

§. VI.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Está reconocido en el dia que no se puede, por solo el conocimiento de los síntomas, llegar á formar el *diagnóstico* del ergotismo. Cuando se encuentra una afeccion que presenta los signos que hemos enumerado mas arriba, es preciso investigar cuál es el género de vida del enfermo, y sobre todo informarse de si reina una afeccion epidémica que presente síntomas análogos.

Pronóstico. Lo que he dicho mas arriba acerca de la terminacion de la enfermedad prueba bastante bien cuán grave es el pronóstico; los accesos convulsivos son casi constantemente mortales y lo mismo sucede con la gangrena de una parte voluminosa.

§. VII.

TRATAMIENTO.

No me estenderé mucho acerca del *tratamiento* de esta afeccion, porque no está demostrado que los medios que se han recomendado por los autores tengan gran influencia sobre la terminacion de la enfermedad.

Por lo tanto me limitaré á decir que se ha empleado alter-

nativamente el *opio* á alta dosis, las *fricciones alcanforadas y aromáticas*, los *vejigatorios*, los *baños sulfurosos*, los *baños de vapor* y los *sudoríficos* contra el ergotismo convulsivo; que en los casos de gangrena se han dado los *antiespasmódicos*, los *escitantes generales*, los *tónicos* y á veces los *vomitivos* y los *purgantes*, los *ácidos minerales* y un gran número de sustancias particulares.

Los autores no estan conformes acerca de la utilidad de la *sangría;* pero los que consideran al ergotismo gangrenoso como la consecuencia de una arteritis, tienen mucha confianza en las *emisiones sanguíneas generales* y *locales;* pero este ès un resultado de ideas teóricas que deberian apoyarse en la esperiencia.

CAPITULO II.

ENVENENAMIENTOS EN GENERAL.

Siendo el estudio de los *envenenamientos* vasto y complicado, los trabajos de mayor importancia emprendidos desde el principio de este siglo, no pueden reasumirse todavía de manera que satisfagan todas las exigencias de la ciencia; asi es necesario que el médico que quiera conocer bien todo lo que se refiere á la toxicologia descienda á los pormenores en estas obras y las estudie con cuidado. Asi pues, mi intencion no es dar aqui una historia completa de los envenenamientos, pues únicamente quiero indicar los casos principales en los que siendo el médico llamado para accidentes graves y repentinos producidos por sustancias tóxicas, necesita tener presente cierto número de preceptos de una aplicacion inmediata.

Es evidente que no debo ocuparme ni de la historia de los venenos, que corresponde á la química y á la historia natural, ni de las cuestiones médico legales tan graves en los casos de envenenamiento, porque son asuntos estraños á la patologia propiamente dicha. Para conocer bien el modo con que yo considero la materia, voy á sentar los problemas que deben resolverse prontamente por el práctico llamado para asistir á una persona

envenenada; la division de esta parte de mi obra se deducirá naturalmente de esto.

El médico llamado para asistir á una persona envenenada debe: 1.° *reconocer cuál es la naturaleza del veneno ingerido*; de alli la necesidad de hacer algunos esperimentos y observaciones sin los cuales no solo pudiera ser inútil el tratamiento, sino tambien perjudicial; 2.° juzgar, en vista de los síntomas y de las demás circunstancias, si es necesario evacuar el veneno, insistir en la administracion de los contravenenos, ó recurrir al tratamiento de los síntomas consecutivos; 3.° aplicar el tratamiento que conviene á los desórdenes consecutivos ocasionados por las sustancias tóxicas. Bajo estos puntos de vista es como examinaré los envenenamientos.

En los artículos que van á seguir me guardaré bien de multiplicar los detalles. En efecto, creo que es mas útil, bajo el punto de vista con que yo considero la cuestion, dar un rápido resúmen cuya totalidad pueda comprenderse y percibirse fácilmente.

Todo cuanto se refiere á los envenenamientos debe tomarse de los trabajos modernos. En efecto, los progresos de la química no permiten recurrir á las obras anteriores al presente siglo, aunque en épocas mas ó menos remotas se hayan ocupado mucho los médicos de los venenos y de los contravenenos supuestos ó reales. Plenck (1), Brodie (2), J. Frank, Foderé, Chaussier, etc., nos han dejado investigaciones útiles sobre una materia tan importante; pero á Orfila (3) es á quien se deben las primeras investigaciones completas, y á quien debemos atribuir el honor de haber establecido la ciencia toxicológica sobre bases sólidas de un método esperimental mas general y mas hábilmente aplicado que lo que se habia hecho hasta aqui. En estos últimos años, los numerosos é interesantes trabajos debidos á Briand, Devergie, Flandin y Danger, Bouchardat, Mialhe, Chevallier, Poumet, Bayaud, Tardieu y del mismo Orfila que no ha cesado de ocuparse de estas importantes cuestiones y de otros muchos esperimentadores, han venido á derramar nueva

(1) *Toxicologia*; Viena, 1801.

(2) *Trans. phil.*, 1811 y 1812.

(3) *Toxicologie générale*; Paris, 1843, 2 vol. en 8.°—*Traité de médecine légale*; Paris, 1848, 4 vol. en 8.°

luz sobre algunos puntos oscuros que aun no estaban bien estudiados (1). Lo que voy á decir no será mas que un estracto sucinto de los trabajos á que nunca se invitará demasiado á recurrir cuando se trata de las cuestiones mas delicadas que el médico tiene que resolver.

Consideraciones generales sobre los envenenamientos. Resulta de lo que he dicho de las intoxicaciones, que yo reservo el nombre de envenamiento propiamente dicho á los accidentes inmediatos, y generalmente rápidos, que resultan de la ingestion ó de la absorcion de un veneno. Yo no doy á esta division otra importancia que la de separar los accidentes crónicos de los accidentes agudos, por los cuales es preciso decidirse prontamente, y que por consiguiente es útil agrupar aqui.

Cuando un médico es llamado para asistir á un hombre envenenado hay que tratar desde luego de averiguar cuál es la *naturaleza del veneno;* pero este es un punto que no debo tratar aqui, porque los diversos géneros de veneno dan lugar á fenómenos particulares. Bajo este punto de vista hay que estudiarlos separadamente.

Hay cierto número de signos generales que pueden hacer sospechar, pero solamente *sospechar,* el envenamiento. Dorvault (2) los resume de la manera siguiente:

Signos generales del envenenamiento. «Se deberá sospechar que hay un envenenamiento siempre que el enfermo se queje de un olor nauseabundo é infecto, ó de un sabor desagradable, ácido, alcalino ó acre; de un calor urente en la garganta y en el estómago; que la boca esté seca ó espumosa; que los labios y las encías esten lívidas, amarillas, blancas, rojas ó negras; que hubiere regurgitaciones, náuseas, vómitos mas ó menos frecuentes de materias mucosas, biliosas ó sanguinolentas, blancas, amarillas, verdes, azules y rojas que hierven en los ladrillos, enrojecen ó enverdecen el color de girasol; que se observase hipo, estreñimiento ó deyecciones alvinas mas ó menos abundantes; que el pulso fuere frecuente, pequeño, contraido, irregu-

(1) La mayor parte de hechos apropiados para ilustrar á los médicos que deban hacer relaciones legales ante los tribunales, se hallarán principalmente en la coleccion de los *Anales de higiene pública y de medicina legal*, Paris, 1829 á 1851.

(2) *L'officine,* Paris, 1847.

lar, la sed ardiente, la respiracion difícil, y que los sudores fueren frios y la emision de la orina difícil. Tambien se tendrá en consideracion la alteracion de la fisonomía, el color pálido, lívido ó aplomado de la cara, la pérdida de la vista y del oido, el estado de los ojos, la agitacion general y la alteracion de la voz.»

La division mas generalmente admitida y que creo debo seguir, es la adoptada por Orfila, que divide los venenos en cuatro grandes clases de la manera siguiente: 1.° *venenos irritantes*; 2.° *venenos narcóticos*; 3.° *venenos narcóticoacres*; 4.° *venenos sépticos* ó *putrefacientes*. En la *primera clase* encontramos entre los *minerales*, las preparaciones mercuriales, arsenicales y antimoniales; las preparaciones de cobre, de estaño, de zinc, de plata, de oro, de bismuto y de plomo; los ácidos y los álcalis concentrados; los sulfuros alcalinos, el fósforo, iodo, etc. Las *sustancias animales* son las *cantáridas* y otros insectos vexicantes; y en las *sustancias vegetales* se encuentran los eléboros, la brionía, la coloquíntida, los euforbios, las anémonas, los ranúnculos, el cólchico, etc. La *segunda clase* contiene el ácido hidrociánico, la morfina, el opio, el beleño, etc., etc. En la *tercera clase* se encuentran las estrícneas, la digital, el cornezuelo de centeno, la cicuta, los hongos, el alcanfor, etc. Por último, en la *cuarta clase* vemos los venenos de los animales de que ya hemos hablado, las materias en putrefaccion, el hidrógeno sulfurado, etc.

Estando reconocido el veneno, el médico tiene que llenar muchas indicaciones que han sido bien especificadas por Bouchardat (2), de quien creo debo tomar el pasaje siguiente:

INDICACIONES QUE SE DEBEN LLENAR EN LOS ENVENENAMIENTOS.

«Estando reconocido el veneno, dice, la primera indicacion que hay que llenar es *evacuarle*. Para esto se emplean los *eméticos*, los *emetocatárticos*, los *purgantes* y la *sonda esofágica*, ó bien el aparato siguiente inventado por el doctor Honorato Gay (1).

(1) *Annuaire de thérap.*; Paris, 1847.
(2) *Abeille médicale*, diciembre de 1847.

»Este médico reune dos sondas esofágicas, de manera que no formen mas que una sola de mucha longitud, por medio de un tubo de vidrio de 8 centímetros (3 ½ pulgadas) que entra á la fuerza en estas sondas, 3 centímetros (15 líneas) por cada estremo, y sobre el cual se fijan muy exactamente las dos sondas con algunas vueltas de un cordonete plano, de suerte que no puede salirse el aire ni líquido alguno. Cada sonda tiene 70 centímetros (mas de tres cuartas) de longitud, y 8 milímetros (4 líneas) de diámetro interior en toda su estension; estas sondas no tienen pabellon, una de ellas presenta tres orificios en su punta, uno terminal y dos laterales alternos y muy aproximados al último; estos orificios tienen un diámetro un poco menor que el de la sonda misma; el otro por el contrario solo tiene una abertura inferior terminal.

»Para hacer uso de este aparato se introduce la sonda por la estremidad que tiene los tres orificios inferiores, preliminarmente untada de aceite, en la boca, en las fáuces, en el esófago y bien adentro en el estómago. Introducida la sonda, se levanta la estremidad esterior, lo bastante solo para que su abertura esté mas alta que la boca del enfermo; entonces se vierte por ella el líquido destinado á lavar el estómago por medio de un embudo de pico muy corto. Si se trata de vaciar el estómago, estando el embudo lleno igualmente que el tubo, se comprime fuertemente el orificio de la sonda, inmediatamente debajo del pico del embudo, entre el pulgar y el índice de una mano, para oponerse á la salida del líquido, y en el mismo instante se baja prontamente la sonda al paso que con la otra mano se quita el embudo. Esta maniobra determina la formacion y cebo de un sifon y la evacuacion instantánea del líquido.

»La segunda indicacion es la de *administrar el contraveneno;* y la tercera la de prodigar al envenenado *los auxilios de la medicina* que reclame su estado; estos se dividen en *generales* que convienen en todos los envenenamientos, y en medicaciones apropiadas para cada envenenamiento en particular.

1.° »Para evacuar el veneno se ha recurrido las mas veces al *tártaro estibiado;* se dan 5 centígramos (un grano) de emético disuelto en medio vaso de agua; se repite esta dosis tres ó cuatro veces con algunos minutos de intervalo; se hace beber mucha *agua tibia*, y muchas veces es conveniente *favorecer el*

vómito por la titilacion de la campanilla. Si no se tuviere á mano el emético, se le puede reemplazar con 20 centígramos (4 granos) de *sulfato de cobre disuelto en dos cucharadas de agua*; se reitera esta dósis, y algunas veces este vomitivo es preferible porque obra con mayor rapidez.

»*Cuando el veneno es insoluble* y se puede creer con razon que ha pasado del estómago y se halla en el intestino delgado, se debe preferir un *emetocatártico*. Se hacen disolver 20 centígramos (4 granos) de *tártaro estibiado*, y 60 gramos (2 onzas) de *sulfato de sosa* ó de *magnesia* en un litro de agua, y se le administra rápidamente á vasos. Tambien se ha aconsejado con bastante frecuencia en los *envenenamientos por las sustancias vegetales* nocivas, administrar *fuertes soluciones de sal marina* que obran como un emetocatártico: 50 gramos (onza y media) de sal marina por litro (2 cuartillos) de agua. Este medio puede ser sumamente precioso, porque siempre se tiene sal comun á la mano, y porque nunca se administrará demasiado pronto un evacuante.

»*Cnando se ha tomado el veneno en forma de lavativas* y ha llegado hasta el intestino grueso, es necesario recurrir á las *lavativas purgantes*. El que se debe preferir en estas condiciones debe estar preparado con 20 gramos de *sen* (5 dracmas), 50 gramos (onza y media) de *sulfato de sosa*, y 500 gramos (una libra) de agua; esta lavativa conviene mejor que los drásticos mas enérgicos, cuya accion es mas lenta, y que yo he visto muchas veces prescribir sin ningun resultado. Cuando no se logra promover los vómitos por medio de los eméticos, es conveniente, si el veneno está todavía en el estómago, introducir en este órgano una *sonda esofágica*, á la cual esté adaptada una *bomba aspirante*.

2.° »El *contraveneno* es para mí la sustancia que forma una combinacion insoluble ó inofensiva con la parte activa del veneno ingerido. Hay algunas reglas generales sobre el uso de los contravenenos que vamos á recordar. Siempre que sea posible se debe dar la preferencia á un contraveneno que sea completamente inocente y que se pueda obtener inmediatamente por todas partes. Por lo general es preciso administrar el contraveneno en *cantidad muy superior á lo que es estrictamente necesario* para producir la neutralizacion química del veneno, y esto

por muchas razones: efectivamente, el contraveneno puede ser arrojado casi inmediatamente que se administre, y en los casos mas felices se debe considerar que la mayor parte de las combinaciones insolubles no lo son sino en ciertos límites y relativamente; y despues, como es menester que la accion sea rápida, una gran masa de contraveneno será mucho mas eficaz para envolver por todas partes al veneno, y para determinar la pronta formacion de la combinacion insoluble ó inofensiva.

»Hay muchos contravenenos que aunque forman con los venenos combinaciones muy poco solubles en el agua, no son, sin embargo, completamente eficaces: estas combinaciones, con el tiempo, pueden ser lentamente disueltas en el aparato digestivo y producir la continuidad de los accidentes. Por lo tanto en estos casos conviene *insistir en la medicacion evacuante despues de la administracion del contraveneno.*

»*Cuando el veneno ha podido atravesar el estómago y penetrar en el intestino delgado*, en igualdad de circunstancias es necesario preferir un contraveneno insoluble á otro soluble, cuyo efecto pudiera limitarse al estómago.

»Un envenenamiento es una enfermedad determinada por una causa conocida; por lo cual será necesario combatirla por todos los medios racionales, cuya eficacia ha demostrado la esperiencia. En casi todos, por no decir en todos los envenenamientos, la muerte se verifica á consecuencia de los trastornos considerables que se manifiestan en los grandes aparatos de la circulacion y de la respiracion. Será, pues, necesario vigilar estas funciones, cuyo ejercicio contínuo es indispensable para sostener la vida, y poner en uso todos los medios para que no se suspendan, ni aun momentáneamente, porque esta suspension prolongada es la muerte.

»Se *reanima la circulacion calentando la piel* por medio de *mantas calientes*, de *fricciones secas*, de *botellas* ó de *globos de estaño llenos* de *agua tibia*, de *sinapismos* ambulantes en diversos puntos, y algunas veces es útil practicar una *pequeña sangría*, y le facilita la *respiracion por la introduccion de aire puro* en cantidad suficiente, por *presiones alternativas sobre las paredes del torax*, por *insuflaciones de aire*, por *conmociones galvánicas* convenientemente empleadas. Cuando los órganos secretorios eliminan fácilmente de la economía los venenos absorvi-

dos, importa mucho aumentar, si es posible, la actividad de estos órganos, como Orfila lo ha hecho recomendando los *diuréticos* en los casos de envenenàmiento por los antimoniales y los arsenicales, que son eliminados por los riñones, como hemos dicho; prescribiendo los remedios que obran *provocando la evacuacion de la bilis*, cuando los venenos son separados por el hígado, lo que sucede á casi todos los venenos minerales.

»*Cuando ha sido absorvido el veneno* no puede ser fácil y prontamente eliminado de la economía; si no se le puede perseguir en la sangre con el contraveneno, es necesario recurrir á remedios ó *agentes dinámicos* cuya accion no sea perjudicial, y se pueda sustituir á la accion dinámica nociva del veneno. Asi es como el *café* obra en los *casos de envenenamiento por el opio.*»

CAPITULO III.

ENVENENAMIENTOS POR LOS VENENOS IRRITANTES.

Los *venenos irritantes* inflaman en el mas alto grado los tejidos con que estan en contacto; pero estan lejos de tener todos la misma importancia bajo el aspecto de la práctica. Estudiaré con cuidado los principales envenenamientos que producen, y mencionaré lo que los demás nos presenten de interesante.

ARTICULO I.

ENVENENAMIENTOS POR LOS ÁCIDOS.

Dorvault ha reasumido del modo siguiente los signos generales del envenenamiento producido por los ácidos.

Signos del envenenamiento por los ácidos. «Sabor ácido, quemante, desagradable; calor acre en el fondo de la garganta, en el estómago y despues en el abdomen; aliento fétido, sed ardiente, hipo y ganas de vomitar; vómitos algunas veces mezclados con sangre que dan *color rojo á la tintura de girasol y hierven en los ladrillos;* estreñimiento ó bien deyecciones abundantes, dificultad de orinar; pulso frecuente y regular; escalo-

frios, sudores frios y pegajosos; cara pálida y lívida; interior de la boca y de los labios negro (*ácido sulfúrico*), rojo (*ácido clorhídrico*) ó amarillo (*ácido nítrico ó azótico*).

A esta enumeracion es necesario añadir que muchas veces los dolores son atroces, que arrancan gritos y vociferaciones, que hay una violenta agitacion y que pueden sobrevenir el delirio y el coma al acercarse la muerte.

Cuando se han calmado estos primeros síntomas, si no se ha tomado el veneno en bastante cantidad para causar rápidamente la muerte, se desarrolla la calentura, los dolores del conducto digestivo persisten, aunque en menor grado, muchas veces se hace la tos frecuente y pertinaz, y los enfermos se restablecen lentamente conservando en gran número de casos vestigios de la enfermedad despues de su curacion.

Tratamiento. Habiendo reasumido muy bien Bouchardat este tratamiento, tomaré de él el pasaje siguiente:

«En los casos de envenenamiento por los ácidos, el *contraveneno solo basta* para restablecer al enfermo sin que sea necesario recurrir á los evacuantes y á los agentes sustitutivos.

»Todos los autores de terapéutica y de toxicologia prescriben para combatir el envenenamiento por los ácidos el uso de la *magnesia*, de los *carbonatos alcalinos* y del *jabon*. Esto es muy racional, pero no basta. Yo creo haber hecho un verdadero servicio formulando claramente el tratamiento que debe seguirse en los envenenamientos.

»En primer lugar es preciso administrar, como todo el mundo habia aconsejado, la *magnesia calcinada en esceso*, aunque yo prefiero la *magnesia hidratada*, cuya preparacion espondré mas adelante al hablar de Bussy sobre un contraveneno del ácido arsenioso (1). Esta tierra alcalina reune preciosas ventajas, es inofensiva, purgante, insoluble, y puede llegar al intestino delgado y saturar el ácido que ha podido quedar en él; pero su insolubilidad la hace insuficiente para llenar la indicacion principal. He probado que en los casos de envenenamiento por el ácido sulfúrico este ácido era absorvido, y que llegando á la sangre podia determinar la formacion de coágulos que detenian la circulacion y acarreaban la muerte; es, pues, menester per-

(1) Véase el artículo IV, *Envenenamiento por los arsenicales*.

seguir este ácido sulfúrico absorvido, lo cual es muy fácil administrando *despues de la magnesia* una *sustancia alcalina soluble*, que siendo rápidamente absorvida va á disolver los coágulos que empezaban á formarse. Ninguna materia conviene mejor, bajo este punto de vista, que el *bicarbonato de sosa*. Pero no se le debe administrar antes de la magnesia, porque el desprendimiento considerable de ácido carbónico que se seguiria á su inmediato uso, podria facilitar las perforaciones del estómago que tanto son de temer en los casos de envenenamiento por los ácidos. La magnesia no presenta este peligro, y por lo tanto conviene saturar primero con ella los ácidos contenidos en el aparato digestivo. Hé aqui el tratamiento que he empleado muchas veces en los casos de envenenamiento por los ácidos:

1.° »*Magnesia calcinada, hidratada:* de 20 á 50 gramos (5 á 12 1/2 dracmas) desleidos en un litro (2 cuartillos) de agua.

2.° »Despues de usar la magnesia se prescriben abundantemente *soluciones de bicarbonato de sosa:* 10 gramos (2 1/2 dracmas) de esta sal por un litro (2 cuartillos) es una proporcion conveniente.

»Desde que estoy en el hospital general (Hotel Dieu) de Paris, se ha usado á instancia mia este tratamiento del envenenamiento por los ácidos en casos muy graves, y se ha conseguido con él la curacion. Tambien se ha prescrito en los casos de *envenenamiento por el azul líquido* (*disolucion de añil en el ácido sulfúrico dilatado*), por el *ácido sulfúrico* mezclado con su peso de agua, y por el *ácido nítrico*.

Nota. »Conviene advertir que este tratamiento no puede aplicarse á los casos de envenenamiento por ácidos cuyas sales sódicas son venenosas, tales como el ácido arsénico, etc.»

ARTICULO II.

ENVENENAMIENTO POR LOS ÁLCALIS Y LAS SALES DE QUE FORMAN LA BASE.

Signos del envenenamiento por los álcalis. Sabor acre, cáustico y *urinoso;* convulsiones violentas y dolores con frecuencia muy vivos.

La materia de los vómitos es jabonosa y grasa al tacto, vuelve el color azul á la tintura de girasol enrojecida por los ácidos, enrojece el papel de cúrcuma, enverdece el jarabe de violetas, y no hierve sobre los ladrillos. Por otra parte, los demás síntomas son casi semejantes á los del envenenamiento por los ácidos. Los *álcalis cáusticos* reblandecen la mucosa bucal y perforan el estómago.

Tratamiento. Los medios de tratamiento no se aplican tan generalmente á sus álcalis y á sus sales como á los ácidos: es, pues, necesario despues de haber espuesto el tratamiento en general, entrar necesariamente en algunos pormenores.

TRATAMIENTO EN GENERAL.

Dar ácidos vegetales dilatados en agua, tales como: el *vinagre*, el *limon* y el *ácido tartárico*. En los casos de envenenamiento por la potasa y sus compuestos la limonada tartárica es, como ha hecho notar Bouchardat, la que se debe preferir, porque de todas las sales de potasa el bitartrato es la mas inofensiva.

En seguida se administra una *pocion oleosa* (*aceite de almendras dulces*) y *agua tibia* en abundancia. Por último, se ha recurrido á los *emolientes* interior y esteriormente, y á las *sanguijuelas* si se desarrollan violentos accidentes inflamatorios.

TRATAMIENTO DE ALGUNOS ENVENENAMIENTOS EN PARTICULAR.

Hígado de azufre (sulfuro de potasa). En este envenenamiento notable por el *olor á huevos podridos que se exhala de la boca y de las narices*, los ácidos, como hace notar Devergie, serian perjudiciales, porque pondrian á descubierto el ácido hidrosulfúrico, que es un veneno muy activo. Por consiguiente seria menester contentarse como prescribe este autor *con hacer vomitar con una gran cantidad de agua caliente y dar una cucharada de cloro líquido por vaso de agua.*

Barita y sus compuestos. Se debe administrar el *sulfato de potasa, de sosa ó de magnesia* á la dosis de 12 gramos (3 dracmas) por litro (media azumbre) de agua, y despues *espeler por el vomitivo el producto de la neutralizacion química.*

Amoníaco líquido y sus compuestos. Dar primero un *vomitivo*, despues *una gran cantidad de agua* y *recurrir de nuevo al vomitivo.*

Nitrato de potasa. No hay contraveneno. *Promover el vómito.*

ARTICULO III.

ENVENENAMIENTOS POR LAS PREPARACIONES MERCURIALES.

Signos del envenamiento por las preparaciones mercuriales. Sabor metálico, acre; sensacion de quemadura y de constriccion en la garganta; constriccion del estómago y de los intestinos; náuseas y vómitos cuya *materia no hierve sobre los ladrillos*, y no obra *sensiblemente sobre el papel de girasol;* eructos frecuentes y fétidos; hipo, emision de orina difícil, dolor y tumefaccion del vientre; deyecciones alvinas, muchas veces sanguinolentas; pulso pequeño, contraido y algunas veces desigual y á veces fuerte. Calambres, frio en las estremidades, postracion; descomposicion de la cara, á veces ereccion del pene; inflamacion de la boca y de la faringe, y salivacion.

Estos síntomas se refieren principalmente al *envenenamiento por el deutocloruro de mercurio* (sublimado corrosivo), pues no tenemos lugar para indicar detalladamente los envenenamientos por las demás sales. En efecto, no se diferencian sino en la mayor ó menor violencia de los accidentes; y la relacion es bien sencilla, y es que como lo ha demostrado Mialhe (1), una parte de estas sales de mercurio introducida en la economía se cambia en deutocloruro, y esta parte es la única activa ya como medicamento ó ya como veneno.

Tratamiento. Voy á indicar desde luego el que ha propuesto Bouchardat, y en seguida agregaré algunos medios aconsejados por los demás autores.

«Orfila ha descubierto que la *albúmina* era un escelente contraveneno del sublimado corrosivo; en efecto, se ha reconocido su eficacia con numerosos esperimentos: esta es una sus-

(1) *Art de formuler*; Paris, 1845, p. CLXXIV y sig.

tancia de un uso frecuente, al alcance de todo el mundo y completamente inofensiva.

»Desde los primeros síntomas que caracterizan el envenenamiento mercurial, se hará tomar al enfermo *algunos vasos de claras y yemas de huevo desleidas en agua*. Se *evitará dar un grande esceso de albúmina*, que sino fuese vomitada podria disolver una pequeña parte de precipitado á medida que se formase.

»Al mismo tiempo será bueno hacer tragar, y lo mas pronto que se pueda, 50 *gramos de jalea* (onza y media) *de persulfuro de hierro*, ó 10 *gramos* (2 $^1/_2$ dracmas) *de hierro reducido por el hidrógeno*, cuya eficacia hemos demostrado Sandrás y yo en los casos de envenenamiento por las sales mercuriales.

»Es indispensable *favorecer los vómitos y las evacuaciones alvinas por abundantes bebidas acuosas* ó *mucilaginosas*. Cullerier ha podido salvar doscientos enfermos que habian tomado un esceso de sublimado corrosivo haciéndoles beber á cada uno en las veinticuatro horas de 7 á 8 *litros* (de 14 á 16 cuartillos) *de leche, de cocimiento de semilla de lino* y de *agua tibia.*»

Acabamos de ver que Bouchardat y Sandrás tienen gran confianza en el hidrato de persulfuro de hierro; pero Mialhe, cuyos esperimentos han dado á conocer el sulfuro de hierro hidratado como el mejor contraveneno de las sales de mercurio, mira á la sustancia recomendada por los dos esperimentadores precedentes como un protosulfuro impuro, y sienta como principio que es necesario recurrir esclusivamente al *protosulfuro de hierro hidratado*. Este contraveneno ha merecido la aprobacion de Orfila, quien ha reconocido (1) que el protosulfuro de hierro destruye completamente las propiedades venenosas del sublimado corrosivo, si es *administrado á dosis suficiente inmediatamente despues de la ingestion de este veneno*, y que es *ineficaz sino se le ha dado al cabo de diez á quince minutos*.

De aqui se sigue que se debe mirar siempre á la *albúmina* como un contraveneno precioso, porque se puede casi siempre tener mas á mano y pronto que el sulfuro de hierro hidratado.

Hé aqui como se prepara segun Mialhe el protosulfuro de hierro hidratado:

(1) *Journ de clinn. médic.*

«Se hace disolver una cantidad cualquiera de protosulfato de hierro puro á lo menos en veinte veces su peso de agua destilada, privada de aire por la ebullicion, y se produce la precipitacion de la sal ferrosa por medio de una cantidad suficiente de sulfhidrato de sosa ó de amoníaco igualmente disuelto en agua destilada no aireada. Se lava en seguida con agua pura hervida el protosulfuro obtenido, y se le conserva en un frasco con tapon esmerilado lleno de agua destilada. Lo que aquí se recomienda se debe ejecutar á la letra, pues este compuesto tiene la mayor tendencia á pasar al estado de sulfato y no al estado de persulfuro, como se ha indicado en algunos escritos estimables, que han hablado de él despues de la publicacion de mi escrito.»

Los demás envenenamientos por las sales mercuriales deben ser tratados de la misma manera, y no hay mas que una escepcion, y es relativamente al *envenenamiento por el cianuro de mercurio*. En este envenenamiento no basta el hidrato de protosulfuro de hierro; pero Mialhe ha encontrado un verdadero contraveneno que consiste en *añadir al hidrato de sulfuro de hierro cerca de la cuarta parte de magnesia calcinada*.

El doctor Poumet recomienda el *protocloruro de estaño* contra el envenenamiento mercurial; pero Orfila (1) hace notar: 1.° que el protocloruro de estaño es una sustancia que no se tiene á la mano, y que no es posible obtener sino al cabo de cierto tiempo, de suerte que se puede dejar pasar el momento oportuno, que es muy corto, por ejemplo, en el envenenamiento por el sublimado; 2.° que el protocloruro de estaño es él mismo una sal venenosa, que por consiguiente si se le administra despues del momento oportuno, se añade un veneno á otro veneno; 3.° que si se trata de otro envenenamiento, tal como el envenenamiento por el arsénico, el plomo y el cobre, no se hace mas que aumentar el mal; pero no siempre es tan fácil el diagnóstico. Estas consideraciones son todas prácticas, y deben inducir al médico á renunciar á la sustancia propuesta por Poumet.

En cuanto al *tratamiento de los accidentes consecutivos* no está todavía bien fijado. Unos quieren, y son los mas, que se combatan los efectos irritantes por los *antiflogísticos*, y los de-

(1) *Bull. de la Acad. de méd*, 29 de junio de 1847, t. XII, p. 831.

más que se empleen los ***estimulantes*** y los ***tónicos***. Esta última medicacion está fundada en las ideas de contraestímulo de la escuela italiana, ideas teóricas que no estan bastante fundadas en hechos, y contra las cuales Orfila ha acumulado pruebas esperimentales.

ARTICULO VI.

ENVENENAMIENTO POR LOS PREPARADOS DE ARSÉNICO.

Creo que debo limitar los pormenores de este artículo al estudio del envenenamiento por el *ácido arsenioso* (arsénico), porque los envenenamientos por las demás preparaciones arsenicales nada ofrecen de particular, y porque por otro lado casi todos los envenenamientos se hacen con el ácido arsenioso.

Los síntomas á que ha dado lugar el envenenamiento por el arsénico son de dos especies, unos locales y otros generales, é importa mucho considerarlos bajo este doble punto de vista.

Síntomas locales. Los síntomas locales producidos por el ácido arsenioso son análogos á los que producen los demás venenos irritantes; pero es necesario saber que de todos los venenos de esta especie este es el que obra de una manera mas insidiosa; que en cierto número de casos los síntomas son poco característicos; que á veces se limitan á una grande postracion, con deyecciones mas ó menos abundantes, y que por consiguiente, cuando sobrevienen ***bruscamente*** fenómenos de esta especie, se debe recurrir prontamente á la ***análisis química del resto de los alimentos ó de las bebidas ingeridas, si es posible,*** ó de las ***deyecciones*** y de los ***vómitos;*** análisis que es el único medio de hacer el diagnóstico positivo.

Es tambien necesario saber que pueden faltar cierto número de los síntomas locales que van á describirse. Estos síntomas son los siguientes:

Sabor azucardo, ligeramente estíptico; acre, corrosivo, si el veneno se ha tomado en gran cantidad ó permanece aplicado á la mucosa bucal; en este caso rubicundez y cauterizacion de la boca; náuseas y vómitos de materias mucosas y sanguinolen-

tas que sobrevienen una ó mas horas despues de la ingestion; ansiedad precordial, dolor vivo y quemante en el epigastrio, constriccion, calor esofágico; sed, vientre sensible, dolores de tripas y evacuaciones alvinas mas ó menos abundantes.

En ciertos casos estos síntomas son sumamente intensos, y asi los dolores son atroces, los vómitos incesantes, etc.

Síntomas generales. El arsénico produce los accidentes del envenenamiento cuando se ha aplicado en una superficie absorvente cualquiera, como una herida, la mucosa vaginal, el recto, etc.: esto solo basta para probar que es absorvido el medicamento; pero este hecho ha sido demostrado por otra parte por Orfila, quien ha reconocido la presencia del arsénico en la sangre, en la orina y en los órganos á donde no podia haber sido llevado sino por la absorcion. Pero este trasporte del arsénico al torrente circulatorio da lugar á los síntomas que voy á indicar.

Postracion profunda, síncopes, disminucion de la temperatura de la piel, sudor frio, viscoso y abundante, cara roja, inyectada y lívida, facciones profundamente alteradas y erupciones diversas en la piel, que algunas veces presenta la cianosis. Convulsiones, trismo, temblores; ojos convulsos y vidriosos. A veces cefalalgia, delirio, coma; ordinariamente se conserva la inteligencia y los sentidos estan intactos. En algunos casos diversas parálisis parciales. Pulso al principio frecuente y desenvuelto, y despues débil, pequeño y miserable.

Jamás debe dejar el médico, si quedase polvo sospechoso, de *echarle sobre ascuas*; pues entonces se desenvuelve un *olor á ajo característico.*

Chatin ha encontrado arsénico por medio del aparato de Marsh (1) *en la serosidad de un vejigatorio* en una muger que se habia envenenado. Este es un nuevo medio de diagnosticar el envenenamiento, que no debe despreciarse.

Tratamiento. Bouchardat reasume asi el tratamiento:

«Si en la actualidad fuese llamado á asistir á un enfermo envenenado por el ácido arsenioso, hé aqui como yo obraria:

»En primer lugar *favoreceria el vómito*, segun las reglas anteriormente espresadas, despues le administraría el *hidrato de peróxido de hierro en jalea, medio quilógramo* (una libra) *des-*

(1) *Journ. de chimie médic.*, setiembre de 1847.

leido en dos litros (una azumbre) *de agua azucarada.* Es indispensable dar un gran esceso del cuerpo precipitante, porque como ha probado Orfila, si no se da mas que la cantidad estrictamente necesaria para producir el arsenito de peróxido de hierro, no se destruye la potencia venenosa del ácido arsenioso, y únicamente esta se halla dificultada.

»Si no se tiene hidrato de peróxido de hierro en jalea, no se debe vacilar en hacer tomar 30 *gramos* (una onza) *de azafran de Marte aperitivo, desleido en un litro* (2 cuartillos) *de agua*, entretanto que se prepara la jalea de hidrato de peróxido de hierro. La esperiencia nos ha probado la incontestable eficacia de este medio.

»Nuestros esperimentos en los perros nos habian igualmente demostrado que se podia emplear como contraveneno del ácido arsenioso, el *persulfuro de hierro en jalea*; pero creo infinitamente preferible administrar al mismo tiempo que el hidrato de peróxido de hierro 20 *gramos* (5 dracmas) de *magnesia.* Este contraveneno debe ser sumamente precioso, no solo porque forma una combinacion insoluble con el ácido arsenioso, sino tambien porque la magnesia purga y debe perseguir al veneno arsenical en los intestinos, y aumentando las evacuaciones de vientre, favorecer su espulsion de la economía. Asi pues, para resumir, *daria simultáneamente el hidrato de peróxido de hierro y la magnesia.* Como esta última sustancia no es eficaz sino cuando está preparada con las precauciones que Bussy ha dado á conocer, voy á recordarlas.

Preparacion de la magnesia que se emplea como contraveneno (Brussy). »Se puede obtener fácilmente la magnesia en un estado conveniente por el procedimiento siguiente: Se pone el carbonato de magnesia (magnesia blanca del comercio) en un crisol de tierra que solo debe llenarse hasta la mitad; se calienta el crisol de manera que el fondo adquiera la temperatura del rojo oscuro; se agita continuamente el carbonato con una espátula de hierro durante la calcinacion; el agua y el ácido carbónico que se desprenden determinan en la masa una escie de ebullicion, que arroja algunas veces una porcion de magnesia al esterior del crisol. Cuando ha cesado este desprendimiento se ensaya la magnesia por el ácido hidroclórico, y no debe contener ya ácido carbónico. Sin embargo, la magnesia

que contuviere todavía un poco de ácido carbónico, será preferible á la que quedase largo tiempo espuesta á una temperatura demasiado elevada.

»Cuando la magnesia no ha sido mas que ligeramente calcinada, se hidrata muy pronto y con facilidad; forma con el agua á la temperatura ordinaria una jalea consistente como lo hace la alúmina: dos gramos (media dracma) de magnesia bastan para dar á 50 gramos (onza y media) de agua y mas, esta consistencia gelatinosa.

»Esta cantidad de magnesia diluida en un decílitro de agua, puede absorver, como hemos dicho, un decígramo (dos granos) de ácido arsenioso disuelto igualmente en un decílitro de agua, de tal modo que despues de haber agitado la mezcla un instante y haber filtrado el licor, no se precipita ya el hidrógeno sulfurado.

»Es necesario evitar el uso de la magnesia muy calcinada, porque su efecto es casi enteramente nulo, lo cual se reconoce fácilmente por los caracteres siguientes: su densidad es mayor que la de la precedente, su cohesion es mas considerable; en lugar de hidratarse y de formar pasta con el agua, se va al fondo del líquido y forma un depósito pulverulento que puede permanecer muchos meses en contacto con el agua sin hidratarse. Puesto en contacto con una solucion de ácido arsenioso, le absorve con estremada lentitud.

»Igualmente se puede preparar por la *via húmeda una magnesia hidratada* muy eficaz en los casos de envenenamiento; 100 gramos de sulfato de magnesia cristalizado (sal de Epsom, sal de Sedlitz) contienen 51,22 de agua, 16,26 de magnesia y 32,52 de ácido sulfúrico. Considerándolo teóricamente se necesitan 38,21 de óxido de potasio ó 45,52 de hidrato para descomponer completamente la solucion de 100 gramos de esta sal y precipitar la magnesia en el estado de hidrato. Pero si en lugar de potasa pura se emplea para esta descomposicion la potasa cáustica comun (piedra de cauterio de las boticas), que contiene siempre cloruros, sulfatos, carbonato y un esceso de agua, se pueden formar sin inconveniente 50 partes por 100 de la sal que haya que descomponer. Si por otra parte se opera sobre líquidos dilatados, si el sulfato de magnesia está, por ejemplo, disuelto en veinticinco veces su peso del mismo líqui-

do, se puede dispensar de lavar el precipitado, y contentarse con esprimirle fuertemente en un lienzo; la pequeña cantidad de sulfato de potasa y de sulfato de magnesia que retiene, no puede tener inconvenientes graves, y tanto mas que para administrarle es necesario diluirle en una gran cantidad de agua.

»Diez gramos (2 1/2 dracmas) de sulfato de magnesia, disueltos en 250 gramos (8 onzas) de agua, descompuestos, como se ha dicho anteriormente, por 5 gramos (96 granos) de piedra de cauterio disuelta en 100 gramos (tres onzas y media) de agua, dan un líquido que contiene todavía un esceso de sulfato de magnesia, de donde la potasa cáustica precipita cierta cantidad de magnesia y da un precipitado que esprimido en un lienzo y desleido en agua sin haber sido lavado, absorve inmediatamente un decígramo de ácido arsenioso disuelto en un decílitro de agua. Pero es necesario advertir que esta proporcion de ácido arsenioso no es, ni con mucho, el límite de lo que puede absorver la magnesia.

»Sin embargo, como he manifestado mas arriba, el uso de la magnesia calcinada bien preparada, me parece tan seguro y mas fácil que el del hidrato de magnesia.»

Cuando se hayan dado los contravenenos, si el pulso se pone miserable y si la piel se enfria, se favorecerá la reaccion por *sinapismos, fricciones secas y cubiertas calientes, una pequeña sangría y bebidas estimulantes*. Si al período álgido se sigue una reaccion legítima, continuando en mantener el vientre libre, se deberán prescribir las *bebidas diuréticas nitradas*, que Orfila ha recomendado. Se facilitará tambien la *espulsion del veneno por la cámara* y la *orina*, es decir, que se procurará aumentar la accion de los dos principales emuntorios de esta sustancia venenosa.

A lo que acabamos de decir añadiré, que á Bunsen es á quien se debe la primera idea de administrar el *protóxido de hierro*, y que Mialhe ha reconocido la gran eficacia del *protosulfuro de hierro*, haciendo siempre observar que no existe el persulfuro, y lo que es todavía mas grave, que se necesita una cantidad casi doble de la sustancia impura, á lo que se da el nombre de *persulfuro*, para producir un efecto igual al que produce una cantidad dada de protosulfuro.

No hay envenenamiento alguno sobre el cual hayan insisti-

tido mas los partidarios de la doctrina del contraestímulo que sobre el de que nos ocupamos, para probar la accion hipostenizante del veneno, y los buenos efectos del tratamiento *tónico y escitante* (vino, alcohol, caldo, etc.); pero Orfila ha probado con hechos que se hallan en un error.

ARTICULO V.

ENVENENAMIENTO POR LOS PREPARADOS DE COBRE.

Signos del envenenamiento. Sabor desagradable, vómitos repetidos y dolorosos; dolores de tripas violentos, *deyecciones frecuentes verdes y porráceas;* convulsiones, postracion, pequeñez de pulso; alteracion de las facciones; ansiedad precordial, síncopes, dificultad creciente de respirar; á veces parálisis é insensibilidad general.

El médico llamado para asistir al enfermo deberá averiguar si queda algun líquido de color azul, y el medio mas sencillo para reconocer el cobre en este líquido es acidularle, y suspender en él por medio de un hilo *una aguja de acero que se cubre de una capa de cobre.*

Tratamiento. Hé aqui el tratamiento formulado por Bouchardat:

«El mejor contraveneno de las sales de cobre es el *hierro reducido por el hidrógeno;* pero es menester *administrarle en cantidad por lo menos igual á la de la sal de cobre ingerida.*

»Si se tiene á su disposicion el *hidrato de persulfuro de hierro*, se le prescribirá igualmente con muchas ventajas. Se pueden dar 100 *gramos* (mas de tres onzas) de *jarabe* simple.

»Si no se tuviere inmediatamente á mano hierro reducido por el hidrógeno, ni el hidrato de persulfuro de hierro, no hay que vacilar, es menester administrar el *agua albuminosa* (seis claras de huevo desleidas en un litro (dos cuartillos) de agua); la albúmina forma compuestos insolubles con las sales de cobre. Orfila ha reconocido la eficacia de este contraveneno por numerosos esperimentos.»

Las mismas observaciones tengo absolutamente que hacer respecto del persulfuro; los esperimentos de Mialhe, que es el

primero que ha indicado el sulfuro de hierro, contraveneno tan útil y de un uso tan general, estan en favor del *protosulfuro*.

En cuanto al *azúcar*, que se ha mirado como un contraveneno, no obra, segun las investigaciones de Bouchardat, sino retardando la absorcion de la sustancia venenosa.

El *tratamiento de los accidentes consecutivos* es el mismo que en los envenenamientos precedentes.

ARTICULO VI.

ENVENENAMIENTO POR LAS PREPARACIONES DE ESTAÑO, DE BISMUTO, DE ZINC, DE PLATA, DE ORO Y DE PLATINO.

Reuno en un mismo artículo, y únicamente para mencionarlas, todas estas sustancias, porque presentan, salvas algunas modificaciones, *síntomas semejantes á los que produce el envenenamiento por las sales mercuriales*. Asi pues, me limitaré á indicar los principales medios de tratamiento.

Tratamiento. Estaño. Los dos contravenenos principales son la *leche*, propuesta por Orfila, y el *protosulfuro de hierro*, recomendado por Mialhe. La primera tiene la ventaja de encontrarse fácilmente en abundancia, y el segundo precipita mas completamente la sal de estaño. La *magnesia*, la *albúmina*, la *nuez de agalla*, y despues los *mucilaginosos* y los *opiados* presentan tambien ventajas.

Bismuto. El mejor contraveneno es tambien el *protosulfuro de hierro hidratado*; si no se tuviese se dará *agua albuminosa* y *leche*.

Zinc. Los contravenenos propuestos son: el *agua albuminosa*, la *leche* y el *bicarbonato de sosa*.

Habiendo sido llamado Stratton (1) para una persona que habia tragado una solucion de 10 gramos (dos y media dracmas) de cloruro de zinc y que esperimentaba accidentes graves, hizo cesar pronto estos accidentes administrando á cortos interva-

(1) Véase *Union médicale*, 11 de octubre de 1849.

los de tres á cuatro azumbres de una fuerte *solucion de jabon negro*, y dando en seguida aceite de olivas. Cito este remedio porque es fácil adquirirle.

Plata. El principal contraveneno es el *hidroclorato de sosa* (sal marina) en solucion.

Oro y platino. Todavía no se conocia ningun contraveneno cuando Mialhe manifestó que el *protosulfuro de hierro hidratado* es el antídoto por escelencia en el envenenamiento por las sales de oro y de platino.

ARTICULO VII.

ENVENENAMIENTO POR LOS ANTIMONIALES.

Signos del envenenamiento. Sabor desagradable, náuseas, vómitos frecuentes y abundantes; constriccion faríngea y esofágica, calor y dolor en el epigastrio; dolores de vientre, deyecciones frecuentes y abundantes, disnea, postracion, lipotimias, enfriamiento de las estremidades, ojeras, cara pálida y sudor frio y viscoso.

Tratamiento. *Sustancias ricas en tanino:* cocimiento de *nuez de agalla*, *de quina*, *de corteza de encina*, *de castaño de Indias*, *de sauce*, *de bistorta*, *de ratania y de catecú*. Tambien se ha alabado la *magnesia* y el *zumo de limon*. Los *emolientes* y los *opiados son útiles* cuando hay una viva irritacion en el conducto digestivo; pero se debe combatir tambien la postracion por medio de *fricciones calientes* y *alcohólicas*, y del *vino* y los *tónicos* tomados interiormente.

ARTICULO VIII.

ENVENENAMIENTO POR EL CLORO, LOS CLORUROS Y EL IODO.

Signos del envenenamiento. Constriccion del pecho, opresion, esputos sanguinolentos (cloro); náuseas, ardor de la faringe, vómitos de materias manchadas de amarillo (iodo).

Tratamiento. Cloro. Agua ligeramente *amoniacal, emolientes. Iodo: almidon, engrudo de almidon* y emolientes.

ARTCULO IX.

ENVENENAMIENTO POR LAS CANTÁRIDAS (1).

Signos del envenenamiento. Sabor acre, sed viva, dolores violentos, primero en el epigástrio, despues en todo el vientre; vómitos, deyecciones muchas veces sanguinolentas, ardor de la vejiga y del conducto de la uretra, estrangurria, orina comunmente sanguinolenta, á veces priapismo ó satiriasis; calentura, delirio, convulsiones, síncopes y coma.

En las materias de las deyecciones, un exámen atento hace descubrir *pajitas verdes* ó *doradas brillantes*, que son fragmentos de cantáridas.

Tratamiento. Escitar el vómito por la titilacion de la campanilla y *agua tibia.* Antiflogísticos; *opio* interior y esteriormente, fricciones oleosas *alcanforadas.* En los casos de colapso, *escitantes tónicos.*

No creo debo revisar los *venenos irritantes vejetales,* que no nos presentarian nada de particular.

CAPITULO IV.

ENVENENAMIENTOS POR LOS NARCOTICOS.

ARTICULO I.

ENVENENAMIENTO POR LA BELLADONA, EL ESTRAMONIO, EL BELEÑO, EL TABACO, ETC.

No insistiré mas sobre estos envenenamientos que se asemejan mas ó menos al envenenamiento por el opio, y únicamente indicaré las particularidades siguientes:

(1) Poumet, *Nouv. rech. et expérim. sur l'empois. par les cantharides* (*Ann. d'hygiène pub. et de méd. légale;* Paris, 1842, t. XXVIII, p. 347 y siguientes).

En el *envenamiento por la belladona*, las pupilas estan dilatadas; en el *envenamiento por el estramonio*, hay alucinaciones y letargo; en el que produce el *beleño*, son notables los vértigos, y el *tabaco* da lugar á un estado de desfallecimiento estremo.

Tratamiento. 1.° *Evacuar lo mas completamente posible el aparato digestivo.*

2.° Administrar la *solucion de ioduro de potasio iodurado* (1), favoreciendo el vómito.

3.° *Emisiones sanguíneas*, y si la reaccion es considerable, *bebidas atemperantes y baños.*

ARTICULO II.

ENVENENAMIENTO POR EL OPIO Y LAS SALES DE MORFINA.

No hablaré aqui del simple narcotismo, que es el primer grado del envenenamiento.

Signos del envenenamiento. Náuseas, vómitos, sed, boca seca, estreñimiento, disminucion y á veces supresion de orina, adormecimiento, ojos rubicundos é inmóbiles. *En el envenenamiento por la morfina*, constriccion de las pupilas, miembros en estado de resolucion, respiracion estertorosa, á veces rigidez y convulsiones; pulso tan pronto lento, dilatado y duro, como pequeño y frecuente; piel fria, sudores, coma, síntomas de asfixia. *En el envenenamiento por la morfina*, además de los síntomas precedentes, *comezones* mas ó menos vivas por todo el cuerpo.

Tratamiento. Bouchardat le reasume del modo siguiente:

1.° «Es necesario vaciar el estómago, como hemos indicado mas arriba detalladamente, con los *eméticos*, los *emetocatárticos*, y si es necesario con la *sonda esofágica*.

2.° »En seguida se prescribirá la *solucion de ioduro de potasio iodurado*. Hé aqui la fórmula:

(1) Véase el articulo siguiente, *Envenenamiento por el opio.*

℞	Ioduro de potasio.......	4 gram.	(ʒj)
	Iodo....................	30 centígram.	(6 gr)
	Agua..................	1000 gram.	(℔ij)

Se toma á medios vasos.

3.° »Se combatirá el narcotismo por el *café* á alta dosis; este no es un contraveneno, pero sí un escelente remedio de la enfermedad mórfica..... Si se quiere lograr buen resultado, es necesario prescribirle en abundancia, ***sin azúcar*** ó ***muy poco azucarado*** y ***ligeramente alcoholizado*****.....** La receta que yo adopto es la siguiente:

℞ Café tostado y molido......... 50 gram. (℥jß)

Obténgase por lixiviacion:

Café líquido.................. 500 gram. (℔j)

Añádase:

Aguardiente................. 20 gram. (ʒv)

Se toma con cuatro ó cinco minutos de intervalo.

»Igualmente se puede administrar el ***café en forma de lavativa.***»

ARTICULO II.

ENVENENAMIENTO POR EL ÁCIDO CIANHÍDRICO, EL AGUA DE LAUREL REAL Y EL CIANURO DE POTASIO.

Cuando el ácido cianhídrico ó ácido prúsico está concentrado, la muerte es casi instantánea; no hay sino algunas inspiraciones bruscas y convulsiones, en cuyo caso no suele ser llamado el médico.

Cuando el veneno es débil se observa lo siguiente:

Signos del envenenamiento. Vértigos, dificultad de respirar, bostezos, y poco despues pérdida del conocimiento, del movimiento y de la sensibilidad; pupilas dilatadas, respiracion estertorosa, mandíbulas apretadas, espuma sanguinolenta en la boca, pulso pequeño y frecuente, piel fria y coma. Algunas veces hay convulsiones violentas.

Tratamiento. Hé aqui el resúmen que de él hace Bouchardat (1).

(1) *Lug. cit.*

1.° «*No hay lugar de administrar el emético.*

2.° »Es necesario *apresurarse á dar el contraveneno*, porque si debe seguirse la muerte á la administracion del veneno, esta no tarda en verificarse.

»En el caso contrario se puede esperar buen resultado del *contraveneno de Smith*, que se puede preparar de antemano de la manera siguiente, y que segun Larroque puede conservarse algunos meses tomando las precauciones siguientes: A la mezcla de los dos sulfatos de hierro se añade una disolucion de azúcar, se precipita en seguida por el carbonato de sosa, y se conserva en vasos llenos y bien tapados.

℞	Azúcar	60 partes.
	Sulfato ferroso	55 partes.
	Sulfato férrico	90 partes.
	Agua	250 partes.
	Carbonato de sosa cristalizado	260 partes.

»El *cloro* empleado simultáneamente con el contraveneno del doctor Smith, puede prestar servicios muy útiles.

3.° »Cuando parece que se halla suspendida la vida, se pueden hacer en la columna vertebral abundantes *afusiones de agua fria*.

»He reconocido igualmente que Louyet la eficacia de este medio indicado por el doctor Robinson.»

CAPITULO V.

ENVENENAMIENTOS POR LOS NARCOTICOACRES.

ARTICULO I.

ENVENENAMIENTO POR LA NUEZ VÓMICA, LA ESTRICNINA Y LA BRUCINA.

Signos del envenenamiento. Los principales son: 1.° el temblor, los sacudimientos convulsivos, la corvadura del tronco hácia atrás, el trismo, la constriccion del pecho, la dificultad de

respirar, los dolores de vientre, las ganas de vomitar, los signos de asfixia, la inyeccion y la fijeza de los ojos.

El curso de los accidentes es sobre todo notable, pues vienen por accesos de cada vez mas aproximados y violentos, y separados por intervalos en los que el enfermo se halla en un estado de calma muchas veces completa.

Tratamiento. Tambien tomaré de Bouchardat (1) el tratamiento de estos envenenamientos.

1.° «En estos envenenamientos conviene *provocar* del modo mas seguro y con la mayor prontitud posible *vómitos abundantes:* el *agua muy salada* y el *emético* son los agentes que se deberán emplear con preferencia.

2.° »Al mismo tiempo se prescribirá el *agua iodurada* (2). Será necesario *dar un esceso de contraveneno,* porque he probado que el ioduro de iodhidrato de estricnina envenenaba, aunque era completamente insoluble en el agua acidulada.

3.° »*Para combatir los accidentes tetánicos* determinados por la absorcion de la estricnina ó de los venenos estrícnicos, carecemos de buenos datos clínicos. Hay, sin embargo, algunos principios sobre los cuales se puede insistir sin riesgo de engañarse.

»En los envenenamientos estrícnicos es necesario *sostener á todo trance la respiracion por medio de inspiraciones de aire ó de oxígeno, por presiones y espansiones alternativas de las paredes del torax.*

»Tambien se pudiera hacer tomar, ya bajo la forma de lavativas, ya por el estómago si estuviesen interrumpidos los vómitos, el agente sustitutivo, cuya accion es la mas segura y la mas pronta para combatir la rigidez tetánica, es decir, el *opio.*

»Yo administraria sin vacilar *treinta ó cuarenta gotas de láudano de Sydenham, disueltas en cincuenta gramos* (onza y media) *de agua*, y observaria el efecto.»

(1) *Lug. cit.*
(2) Véase p. 523 y 524

ARTICULO II.

ENVENENAMIENTO POR EL ALCANFOR.

Signos del envenenamiento. Vértigos, movimientos involuntarios, postracion, soñolencia, estupor, debilidad de los sentidos y principalmente de la vista.

Tratamiento. Vomitivos, fricciones estimulantes, opio, tónicos y estimulantes segun la escuela italiana.

ARTICULO III.

ENVENENAMIENTO POR LOS HONGOS.

Signos del envenenamiento. Algunas horas despues de la ingestion se sienten dolores en el epigastrio, sed viva, náuseas, vómitos, dolores y retortijones violentos de tripas, deyecciones numerosas, frio en las estremidades, sudor frio y calambres; estupor, abatimiento, convulsiones, delirio, pulso pequeño, miserable y coma.

Tratamiento. Purgantes, éter sulfúrico, sal comun, alcohol y nuez de agallas. Tambien se han alabado los ácidos vegetales; pero antes de evacuar el veneno son perjudiciales, como lo ha demostrado Orfila.

Los *emolientes*, los *baños* y los *rubefacientes* en las estremidades completan el tratamiento.

CAPITULO VI.

ENVENENAMIENTOS POR LOS SEPTICOS.

Poco es lo que tengo que decir de estos envenenamientos; en efecto, ya he descrito los envenenamientos por la mordedura de los animales, que son los mas numerosos y que mas importa conocer; únicamente diré dos palabras del envenenamien-

to por las materias pútridas y por el hidrógeno sulfurado.

Los envenenamientos de que nos vamos á ocupar son causados, ya por las *emanaciones pútridas*, como por ejemplo las de los anfiteatros, ya por la inyeccion de *carnes echadas á perder* (carnes ahumadas, morcillas), ya por la *inoculacion de una sustancia séptica*, por ejemplo, en las picaduras anatómicas.

ARTICULO I.

ENVENENAMIENTO POR EL HIDRÓGENO SULFURADO.

Signos del envenenamiento por el hidrógeno sulfurado. A este envenenamiento estan principalmente espuestos los trabajadores que bajan á los *pozos de aguas inmundas. El hidrosulfato de amoníaco* y el *ácido hidrosulfúrico* son los dos gases que constituyen el *tufo*, espresion que designa la exhalacion deletérea y los accidentes que produce.

Algunas veces los sugetos caen como *heridos del rayo*; pero en los casos menos violentos hay dolores muy vivos en el epigastrio, artralgia y cefalalgia; constriccion faríngea, náuseas y lipotimias; á veces delirio, convulsiones, risa sardónica, gritos; despues cara livida, espuma sanguinolenta en la boca, irregularidad del pulso, y todos los síntomas de la asfixia.

Tratamiento. Tambien le he tomado de Bouchardat (1).

1.° *Tratamiento del envenenamiento por el gas de las letrinas.* Conviene hacer *respirar lo mas pronto posible cloro con precaucion.* Labarraque salvó á un pozero asfixiado, poniendo bajo su nariz diversas veces un lienzo empapado en una *solucion de cloruro de sosa.*

«Si no se tuviera el cloruro de sosa á mano, como el éxito depende de la rapidez con que se administran los socorros, es fácil encontrar el *agua de Javelle*, que es el *cloruro de potasa*, y se empapará en él un lienzo que se pasará con precaucion debajo de la nariz del asfixiado. Se pudiera *activar* el *desprendimiento del cloro*, si fuese necesario, vertiendo *algunas gotas de vinagre* sobre el lienzo empapado en agua de Javelle. Tam-

(1) *Lug. cit.*

bien se pudiera, como propone Mialhe, obtener un desprendimiento lento y gradual del cloro poniendo dentro de *una compresa un puñado de cloruro de cal*, y vertiendo sobre esta compresa *algunas gotas de vinagre.*

»Cuando el enfermo empieza á respirar es necesario *esponerle al aire libre*, llamar el calor á la piel *frotándole fuertemente con un cepillo de crin*, envolviéndole en *cubiertas calientes*. Se hará una *sangría*, y despues se administrará una *pocion antiespasmódica con dos gramos* (media dracma) *de éter.*»

El *amoníaco* respirado con precaucion es útil, como lo ha reconocido Orfila, para reanimar al enfermo.

2.° *Tratamiento del envenenamiento por el hígado de azufre, el agua de Bareges para baños, etc.* «Es necesario *provocar inmediatamente el vómito por la ingestion de una gran cantidad de agua tibia*, por *abundantes bebidas mucilaginosas* y por la *titilacion de la campanilla*, y si los vómitos fueren rebeldes seria necesario recurrir á la *bomba esofágica.* No se puede hacer vomitar con el emético ó el sulfato de cobre ó de zinc, porque estas sales se descomponen por el sulfuro alcalino. En seguida se administra á medios vasos, mientras que los vómitos tienen olor á huevos podridos, la *solucion de diez gramos* (dos dracmas y media) de *proto*, ó mejor de *persulfato de hierro por litro* (dos cuartillos) *de agua*, *y doscientos gramos* (seis y media onzas) *de azúcar;* en lugar de sulfuro de potasa venenoso, se forma sulfato de potasa purgante, y sulfuro de hierro insoluble.»

ARTICULO II.

ENVENENAMIENTO POR LAS MATERIAS PÚTRIDAS INGERIDAS EN EL ESTÓMAGO.

Este envenenamiento se produce principalmente usando de las *carnes de salchichería*, y se ha observado principalmente en Alemania (Kerner).

Signos del envenenamiento. Náuseas, vómitos, deyecciones fétidas; vista turbia, pupilas dilatadas, vértigos, postracion, afonía, palpitaciones y síncopes.

Tratamiento. Vomitivos, purgantes, bebidas etéreas y aro-

máticas. Por último, en los casos de inflamacion manifiesta, los antiflogísticos.

ARTICULO III.

ENVENENAMIENTO POR LAS MATERIAS PÚTRIDAS INOCULADAS.

En el artículo dedicado á la *flebitis* y á la *infeccion purulenta*, he presentado los síntomas producidos por este envenenamiento y el tratamiento que le conviene, á los cuales remito al lector.

FIN DEL TOMO NOVENO Y ULTIMO.

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO IX.

CONTINUACION DEL LIBRO VIII.

ENFERMEDADES DE LA PIEL.

Páginas.

LIBRO IX.

ENFERMEDADES CUTANEAS FEBRILES.

LIBRO X.

CALENTURAS.

LIBRO XI.

ENFERMEDADES COMUNICADAS AL HOMBRE POR LOS ANIMALES.

LIBRO XII.

INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS.

FIN.

TABLA ALFABÉTICA

DE LAS MATERIAS

CONTENIDAS EN LOS NUEVE VOLÚMENES.

Los números romanos indican el volúmen y los arábigos la página.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

Y.

Z.

FIN.

